

استمارة موافقة: عملية لتصحيح حَوَل العين (زَوْر) (عملية جراحية لعضلات العين)

الهدف من إجراء هذه العملية هو تحسين وضعيّة العينين، أو ميلان الرأس، أو حركات العينين غير الطبيعية بواسطة تقوية أو إضعاف عمل العضلات الخارجية للعين المسؤولة عن حركة العينين. بعد التخدير، يُجرى اختبار لفحص مصدر الضرر في حركات مقلة العين. وعادةً ما تحدد نتائج هذا الفحص نوع العملية اللازم إجراؤها. لا تتغير هذه العملية حدة البصر في كل عين بشكل مباشر، ولدى البالغين لا تحسن البصر، وإنما قد تحسّن شكل الشخص الخاضع للعملية، وأحياناً قد تحسّن الأداء المزدوج للعينين معاً. قد تكون هذه العملية مرحلة علاجية من سلسلة علاجات ممكنة، وتشمل من ضمنها: ملائمة نظارات طبية و/أو حجب عين واحدة كعلاج للعين الكسولة (ضعف حركة العين). تُنفذ هذه العلاجات قبل العملية وأحياناً أيضاً بعد العملية. في كل عملية يتم تنفيذ جراحة لعضلة واحدة أو أكثر، بكل عين أو بكلتا العينين، وذلك بما يلائم الحالة.

تُنفذ هذه العملية بالتخدير الكلي أو الموضعي.

اسم المريض:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	رقم بطاقة الهوية
-------------	--------------	----------	------------------

أصرّح وأؤكد على أنني تلقيت شرحاً شفهياً ومفصلاً من الدكتور

اسم العائلة

الاسم الشخصي

للخضوع لعملية جراحية لتصحيح حَوَل العين اليمنى/اليسرى/ كلتا العينين*، في عضلة واحدة/عضلتين* (فمياً يلي: "الجراحة الأساسية").
أصرّح وأؤكد بأنني تلقيت شرحاً حول النتائج المرجوة من الجراحة، والتي تشمل، تخفيف الحَوَل، بما في ذلك تحسين تدريجي إضافي أو استيلاء، أي تراجع للوضع السابق للحَوَل، أو ظهور حَوَل من نوع آخر. في مثل هذه الحالات هنالك إمكانية لإجراء جراحة إضافية.
تلقيت شرحاً عن التأثيرات الجانبية التي قد تظهر بعد الجراحة، بما في ذلك الألم، الانزعاج أو الشّعاع (ازدواج الرؤية) العابر.
كما تلقيت شرحاً عن المضاعفات المحتملة التي قد تطرأ أثناء سير العملية، بما في ذلك: النزف، التلوث، إصابة العضلة، ازدواج الرؤية، وفي حالات نادرة جداً قد يؤدي ذلك إلى ضعف أو فقدان الرؤية وتضرر شكل العين.
أعطي بهذا موافقتي على الخضوع للعملية الجراحية الأساسية.

كما أصرّح وأؤكد بهذا بأنني تلقيت شرحاً وأنتي أفهم أنّ هناك احتمال، خلال إجراء العملية الجراحية الأساسية، بأن تكون هناك حاجة لتوسيع نطاق العملية، امكانية تغييرها أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بهدف إنقاذ الحياة أو لمنع حدوث ضرر جسدي، خاصة الإجراءات الجراحية الإضافية التي ليس بالإمكان توقعها على نحو مؤكد أو بشكل كامل، لكن جرى توضيح أهمية ذلك لي. وفق ذلك أوافق أيضاً على هذا التوسيع، تغيير أو توسيع إجراءات جراحية أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات الجراحية التي حسب رأي طبيب المؤسسة الطبية ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء سير العملية الرئيسية.

يشمل هذا أيضاً موافقتي على الخضوع لتخدير موضعي، بعد أن تلقيت شرحاً عن مخاطر ومضاعفات التخدير المحلي، بما في ذلك: النزف، التلوث، تضرر العين أو في حالات نادرة فقدان البصر. إذا تحدد إجراء العملية الأساسية بالتخدير الكلي، سأتلقي شرحاً عن ذلك من قِبَل مختص تخدير.

أعرف وأوافق بأنّ العملية الأساسية وكافة الإجراءات الأخرى ستُنفذ بأيدي المختصين الذين تُسند إليهم مهامها، وفق الأنظمة والتعليمات في المؤسسة الطبية وأنه لا يُضمن لي أن تُنفذ، جميعها أو بعضها، بيد شخص معين، على أن تُنفذ جميعها في إطار المسؤولية المقبولة في المؤسسة الطبية وبما يتوافق مع القانون.

التاريخ	الساعة	توقيع المريض
---------	--------	--------------

اسم الوصي (صلة القرابة) توقيع الوصي (في حال فاقد أهلية، قاصر أو مريض نفسي)

أصرّح بأنني شرحت شفهيّاً للمريض /ه/ الوصي للمريض* كل ما تقدم أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعت بأنه/ا فهم/ت شرحي على نحو تام.

اسم الطبيب/ة	توقيع الطبيب/ة	رقم الرخصة
--------------	----------------	------------

* احذف/ي اللازم

הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

