

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 1997/OPHTL/COR/000/0018 יוני

טופס הסכמה: ניתוח להסרת פטריגיום PTERYGIUM REMOVAL استمارة موافقة: عملية لإزالة الظفرة من قرنية العين

الظفرة هي نمو مُلتحمة العين على قرنية العين، في حين يتوقف نسيج مُلتحمة العين، في العين الطبيعية، عند الحدّ الفاصل بين بياض العين والقرنية. يتمّ خلال العملية إزالة نسيج الظفرة عن القرنية وتتمّ معالجة الموضع الذي نمت فيه الظفرة على بياض العين عن طريق الجراحة و/أو الدواء. وفي حالات معينة، وحسب ما يراه الأطباء مناسباً، تتمّ المعالجة بمادّة مضادّة للاستقلاب (أنثيميتابوليكية) أو بالأشعة الموضعية لمنع تجدد نموّ الظفرة. وفي حالات أكثر نُدرة، وخصوصاً بعد عودة الظفرة التي تمتّ جراحته في السابق، يتمّ زرع مُلتحمة أو قرنية.

يتمّ اتخاذ القرار حول موعد العملية الجراحية وطريقة إجرائها مع الأخذ بعين الاعتبار حجم الظفرة، عُمر المَعالِج/ة، وضع المُلتحمة ووضعية الجفن. تميل الظفرة إلى النموّ من جديد خصوصاً لدى الشباب، حيث إن نسبة نموّها من جديد تقلّ كلما تقدّم العُمر (تحكي الأدبيات المهنية عن نسبة نموّ من جديد تصل إلى 50%). ليست هناك بدائل لعلاج الظفرة الجراحي. هناك إمكانية لعدم إجراء العملية عندما لا تكون الظفرة نشطة، لا تُضُرّ بالرؤية ولا تزجج المَعالِج/ة من ناحية جمال الشكل الخارجي. تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعيّ.

إسم المريض/ة שם החולה:

إسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصي/ שם פרטי	إسم الأب/ שם האב	رقم الهوية/ ת.ז.
إسم العائلة/ שם משפחה		الاسم الشخصي/ שם פרטי	

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة

عن الحاجة إلى إجراء عملية لإزالة الظفرة في العين اليمنى/ اليسرى* (فيما يلي "العملية الأساسية").
أصرّح وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً عن النتائج المأمولة من العملية الأساسية، بما في ذلك إمكانية عودة ظهور الظفرة. لقد شرّحت لي العوارض الجانبية، بما فيها الألم، الشعور بعدم الراحة والنزيف الموضعيّ في المُلتحمة وفي الجفنين الذي يزول خلال وقت قصير.
وقد شرّح لي كذلك عن المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك الالتهاب، التغيّرات في قصر النظر وبعُد النظر، ازدواجية الرؤية، تطوّر التصاقات بين الجفن ومُقلة العين (سيمبلفرون) التي من الممكن أن تحدّ من حركة العين وأن تؤديّ إلى ازدواجية في الرؤية أو إلى سحب الجفن والدمع.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
كما أصرّح وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً، وبأنني أدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح، في أثناء العملية الأساسية، وجود حاجة إلى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية أخرى من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كامله، غير أنّ معناها وُضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيّير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ستكون، كما يعتقد أطباء المؤسسة، حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.
أمنح بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعيّ، وذلك بعد وُضّحت لي مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعيّ، بما في ذلك النزيف، الالتهاب، الإضرار بالعين، وفقدان البصر في حالات نادرة.
أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن ينفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سِلْقِي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُجرى عليها كلّها أو أن يُجرى قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصيّ (في حالة قُدد الأهلية، قاصر، أو مريض نفسانيّ)/

إسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقرُّ بهذا بأنني شرّحت شفهياً للمريض/ة للوصيّ على المريض/ة* كلّ ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كامله.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה

إسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

* يُرجى شطب الزائد/ מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל

