

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0023 / ICS/IRI / OPHTL / יוני 1997

טופס הסכמה: ניתוח פילטרציה לחולי גלאוקומה

TRABECULECTOMY

אסמארה מואפקה: עמליה לתחפוף الضغط الزائد داخل العين لدى مرضى الزرق (غلوكوما)

תجرى هذه العملية بهدف تخفيف الضغط الزائد داخل العين الذي يلحق الضرر بعصب الرؤية. يتم تخفيف الضغط عن طريق بناء منظومة تصريف تتجاوز منظومة التصريف المختلة في العين. يتم في أثناء العملية، أحياناً، استخدام مواد مضافة للاستقلاب (أنتيميتابوليكية) من أجل منع إغلاق فتحة التصريف. تجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعي أو عام.

اسم المريض/ שם החולה:

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

أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن عملية لتخفيف الضغط داخل العين اليمنى/ اليسرى * (فيما يلي "العملية الأساسية").

لقد تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، الاحتمالات، العوارض الجانبية والمخاطر المتعلقة بكل واحد من هذه الإجراءات. أصرح بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن النتائج المأمولة، وعن احتمالات فشل العملية؛ أي بقاء الضغط الزائد داخل العين على حاله أو حتى ارتفاعه، وكذلك عن العوارض الجانبية بما فيها الألم والشعور بعدم الراحة.

وقد شرح لي كذلك عن المخاطر والمضاعفات المحتملة في أثناء العملية، بما في ذلك النزيف داخل العين وفقدان المادة الشفافة. وقد وضحت لي كذلك إمكانية حدوث مضاعفات في وقت لاحق، بما في ذلك الالتهاب، إعتام عدسة العين (كتركت) وهبوط الجفن.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

كما أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً، وبأنني أدرك أن هناك احتمالاً لأن يتضح، في أثناء العملية الأساسية، وجود حاجة إلى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية أخرى من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملةً، غير أن معناها وضح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون، كما يعتقد أطباء المؤسسة، حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

أمنح بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي، وذلك بعد أن وضحت لي مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي، بما في ذلك النزيف، الالتهاب، الإضرار بالعين، وفقدان البصر في حالات نادرة.

إذا تقرر إجراء العملية تحت تأثير التخدير العام فسأتلقي شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن ينفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سئلي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يجريها كلها أو أن يجري قسمًا منها شخص معين، بشرط أن تجرى بالمسؤولية المثبتة في المؤسسة، وبمقتضى القانون.

توقيع المريض/ חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفسانياً)/
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

اسم الوصي (القرابة) / שם האפוטרופוס (קירבה)

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة للوصي على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ שם הרופא/ה

*يرجى شطب الزائد/ מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפוא



הסתדרות הרפואית בישראל

איגוד רופאי העיניים בישראל