

## نموذج موافقة: عملية جراحية لاستئصال الغدة اللعابية أسفل الحنك

### EXCISION OF SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND

غالبًا ما يتم تنفيذ العمليات الجراحية للاستئصال الجزئي أو الكامل للغدة اللعابية أسفل الحنك في أعقاب وجود التهاب مزمن في الغدة، أو إثر وجود حصاة تسد المصرف، أو لغرض استئصال ورم.

غالبًا ما تُجرى العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام.

اسم المريض/ة: \_\_\_\_\_  
اسم العائلة الاسم الشخصي اسم الأب بطاقة الهوية

أُصِرَّح بهذا وأصدِّق على أنني تلقَّيت شرحًا شفهيًّا مفصَّلًا من د. \_\_\_\_\_  
اسم العائلة الاسم الشخصي

عن الحاجة إلى استئصال الغدة اللعابية أسفل الحنك في الجانب الأيمن/الأيسر من أجل \_\_\_\_\_

(فيما يلي: "العملية الأساسية").

وُضِّح لي أنَّ هناك حالات لا يكون ممكنًا فيها استئصال الغدة كما هو مخطَّط، وحالات من معاودة المرض الأصليّ تتطلَّب إجراء عملية جراحية أخرى/معاودة. أُصِرَّح بهذا وأصدِّق على أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم والشعور بعدم الراحة، تراجع (مؤقت، غالبًا) الإحساس بجلد الرقبة والوجه. وُضِّح لي أنه - في جميع الأحوال - سيظلُّ هناك أثر جرح وتجوف في الرقبة. هذا وإنَّ شكل أثر الجرح متعلق بنوع جلدي وبمواصفات استشفائه، حيث إنَّ هناك حالات تتطوَّر فيها آثار جرح جذرية (أثار جرح سميكة وبارزة).

كما وُضِّحت لي المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: التلوُّث، النزيف، إفراز اللعاب من جرح العملية الجراحية (الناصور - فيستولا)، ضعف أو شلل الرنج الأسفل من عصب الوجه، اضطراب في تحريك اللسان، اضطراب في حاسة الذوق، الشعور المتواصل بعدم الراحة، الشعور بالجفاف في الفم. أُعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أُصِرَّح بهذا وأصدِّق على أنه شُرح لي وأتَّي أفهم أنَّ هناك إمكانية لأن يتضح - خلال العملية الأساسية - أنَّ هناك حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسمانيّ. بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقُّعها الآن بالتأكيد أو بشكل كامل، لكن معناها وُضِّح لي. وعليه، أنا وأفاق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التغيير، أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك إجراءات جراحية يعتقد أطباء المؤسسة أنها ستكون حيوية أو مطلوبة

خلال العملية الأساسية. وُضِّح لي أنَّ العملية الجراحية تُجرى تحت تأثير التخدير العام، وأتَّي سأتلقَى شرحًا عن التخدير من قبل طبيب التخدير. إذا تمَّ إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير الموضعيّ فإنه تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على إجراء تخدير موضعيّ مع أو بدون حقن داخل الوريد لمواد مهدئة، بعد أن شُرح لي مخاطر وتعقيدات التخدير الموضعيّ، بما فيها ردِّ الفعل التحسسيّ بدرجات متفاوتة لمواد التخدير، والتعقيدات الممكنة لاستخدام الأدوية المهدئة، الذي يمكن أن يؤدي - في أحيان نادرة - إلى اضطرابات في التنفس وإلى اضطرابات في عمل القلب، وخصوصًا لدى مرضى القلب والمرضى المصابين باضطراب في جهاز التنفس. أنا أعلم وأوافق على أن تتمَّ العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سئلفى عليه القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وإنَّه لم يُضمن لي أنها ستتمَّ كلها أو أجزاء منها بيد شخص معيَّن، شريطة أن تتمَّ بالمسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

توقيع الوصي (في حال فاقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفسيّ)

اسم الوصي (القرابة)

أصدِّق على أنني شرحت شفهيًّا للمريض/ة / للوصي على المريض\* أن كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وإنَّه ما وقع/ت موافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّه/ها فهم/ت شروحي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

\* أشطب/ي الزائد

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



ההסתדרות הרפואית בישראל  
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

