

نموذج موافقة

تنظير الحنجرة المباشر مع/بدون عملية جراحية في الحلق DML – Direct (Microscopic) Laryngoscopy

تنظير الحنجرة المباشر هو إجراء يتم فيه إبلاج ماسورة عريضة عن طريق الفم حتى فوق الأوتار الصوتية، حيث يشاهدون - من خلالها، ومن خلال مجهر، غالبًا - الأوتار الصوتية وبقية أعضاء الحلق. وبمقتضى الحاجة يمكن أخذ خزعة من ضرر مشكوك فيه، استئصال سليلات أو أضرار أخرى من الأوتار الصوتية، حقن مواد لغرض ترميم الصوت، وإجراءات أخرى. غالبًا ما يتم تنفيذ الإجراءات الجراحية بواسطة أجهزة للجراحة الدقيقة و/أو أشعة الليزر أو عتاد متطور آخر. يتم الإجراء تحت تأثير التخدير العام.

اسم المريض:	اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	بطاقة الهوية
أصريح بهذا وأصدق على أنني تلقيت شرحًا شفهياً مفصلاً من د. _____				
اسم العائلة		الاسم الشخصي		
عن الحاجة إلى إجراء تنظير الحنجرة المباشر مع/بدون* عملية جراحية في الحلق من أجل: _____				
(فيما يلي: "العملية الأساسية").				

وضّح لي أنّ هناك حالات لن يتم فيها تحقيق الهدف من العملية الجراحية، وستكون هناك حاجة إلى التفكير في إجراء عملية أخرى. كما أنّ هناك حالات تكون فيها حاجة إلى إجراء عملية معادة في أعقاب معاودة المرض الأصلي.

أصريح بهذا وأصدق على أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم والشعور بعدم الراحة، الصعوبات في البلع، البُحة المؤقتة، الإدماء العابر، وكذلك التشنّجات/التغيّر المؤقت في حاسة الذوق، الذي يمكن أن يستمرّ حتى بضعة أشهر.

كما شُرح لي عن المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: الشعور المتواصل بعدم الراحة، خراب في الأسنان، تغيّرات في الصوت، صعوبة في البلع، تنقّب القصبة الهوائية، تنقّب الرئة، تنقّب حجرة البلع، تنقّب المريء وإدماء. في حالات نادرة جدًّا قد تنتهي هذه التعقيدات بالوفاة. إنّ استخدام أشعة الليزر من الممكن أن يؤدي إلى اكتواءات في فضاء الفم، في الشفتين، في الوجه، وفي حجرة البلع. أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أصريح بهذا وأصدق على أنه شُرح لي وأتني أفهم أنّ هناك إمكانية لأن يتضح - خلال العملية الأساسية - أنّ هناك حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسماني، بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقعها الآن بالتأكيد أو بشكل كامل، لكن معناها وضّح لي. وعليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التغيير، أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك إجراءات جراحية يعتقد أطباء المؤسسة أنّها ستكون حيوية أو مطلوبة خلال العملية الأساسية.

وضّح لي أنّ العملية الجراحية تُجرى تحت تأثير التخدير العام، كما أنّي سألتقى شرحًا عن التخدير من قبل طبيب التخدير. أنا أعلم وأوافق على أنّ تتم العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سئل على القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وإنه لم يُضمن لي أنّها ستتمّ كلها أو أجزاء منها بيد شخص معيّن، شريطة أنّ تتمّ بالمسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

توقيع الوصي (في حال فاقد الاهلية، قاصر، او مريض نفساني)

اسم الوصي (القرابة)

أصدق على أنّي شرحت شفهيًّا للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كلّ ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنّه/ها/ وقع/ت موافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها/ فهم/ت شروحي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

* أُشطب/ي الزائد