

نموذج موافقة: عملية جراحية لمسح فضاء الأذن الوسطى (استكشاف)

ولترميم السمع بوساطة جراحة ترقيعية

الهدف من هذه العملية الجراحية هو فحص سبب العيب السمعي الإيصالي، واستعادة منظومة نقل السمع. تُجرى العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام أو الموضعي، مروراً عن طريق الأذن. أو من خلال جرح خلف الأذن. هناك حاجة، أحياناً، إلى حلق الشعر فوق الأذن وخلقها. تُجرى العملية الجراحية بمساعدة مجهر وأجهزة خاصة. هناك حاجة، أحياناً، إلى إحداث جرح إضافي في الصدغ، في وريد في اليد، أو في الضؤان (الجزء الغضروفي/الخارجي من الأذن، من أجل إخراج نسيج ليستخدم للزرع. في حال تثبيت عظم المرفق/الركبية (تصلب الأذن) – يتم زرع ترقيع صناعي مخصص (ستيدكتوميا/ستيدوتوميا). في حالات تثبيت أو فصل عظيما سمع أخرى – يتم تحرير الترقيع أو يتم إجراء ترميم سمع بوساطة جراحة ترقيعية، غضروف، أو عظم سمع للمريض في موضع جديد (رأب العظيما). تُجرى العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام (لدى الأطفال والبالغين) أو الموضعي (لدى قسم من البالغين).

اسم المريض/ة:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	بطاقة الهوية
أصّر بهذا وأصدّق على أنّي تلقّيت شرحاً شفهياً مفصلاً من د. _____			
اسم العائلة		الاسم الشخصي	
عن الحاجة إلى مسح الأذن و/أو ستيدكتوميا و/أو رأب العظيما في الجانب _____ من أجل _____			
(فيما يلي: "العملية الأساسية").			

وُضّح لي أنّ هناك حالات تستدعي معاودة العملية الجراحية في أعقاب عدم النجاح في ترميم السمع. من المحتمل – أشهراً وحتى سنوات بعد ترميم سمع ناجح – أن يتحرك الترقيع من مكانه أو أن ينفلت، ونتيجة لذلك سيتهور السمع، حيث سأحتاج إلى الخضوع لعملية جراحية إضافية.

أصّر بهذا وأصدّق على أنّه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: التلوث، الألم في الأذن، السبات في منطقة العملية الجراحية، الألم عند المضغ، وتغيّر محتمل في حاسة الذوق. كما وُضّحت لي المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: فقدان السمع الجزئيّ أو الكامل في الأذن التي أُجريت فيها الجراحة، الاضطراب المؤقت أو المتواصل في التوازن (الدوخة)، ثقب في طبلة الأذن يستدعي إجراء عملية جراحية إضافية، طنين (ضجيج في الأذن)، وشلل عصب الوجه.

أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أصّر بهذا وأصدّق على أنّه شُرح لي وأني 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 جسمانيّ، بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقّعها إلا بالتأكد أو بشكل كامل، لكن معناها وُضّح لي. وعليه، أنا أوافق، أيضاً، 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.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على إجراء تخدير موضعيّ مع أو بدون حقن داخل الوريد لمواد مهدئة، بعد أن شُرح لي مخاطر وتعقيدات التخدير الموضعيّ، بما فيها ردّ 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، وخصوصاً لدى مرضى القلب والمرضى المصابين باضطراب في جهاز التنفس.

وُضّح لي أنّه في حال إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام سأتلقّى شرحاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

أنا أعلم وأوافق على أن تتمّ العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وإنه لم يُضمن لي أنّها ستتمّ كلّها أو أجزاء منها بيد شخص معيّن، شرطاً أن تتمّ بالمسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

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

اسم الوصي (القرابة)

أصدّق على أنّي شرحت شفهيّاً للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنّه ما وقع/ت موافقة أمامي، بعد أن ائقنتعت بأنّه/ها فهم/ت شروطي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

* أشطب/ي الزائد

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל
אגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

