

نموذج موافقة: عملية جراحية لإغلاق ثقب في جلد طبلة الأذن (TYMPANOPLASTY)

و/أو لترميم سلسلة عظام السمع (OSSICULOPLASTY)

الهدف من هذه العملية الجراحية هو إغلاق ثقب في جلد طبلة الأذن لمنع حدوث التهابات، لتحسين السمع، ولتجنب تعقيدات في المدى البعيد، و/أو لاستعادة منظومة نقل السمع. تُجرى العملية الجراحية مروراً عن طريق الأذن و/أو من خلال جرح خلف الأذن. هناك حاجة، أحياناً، إلى حلق الشعر فوق الأذن وخلفها. الترقيع المستخدم لإغلاق الثقب في جلد طبلة الأذن يؤخذ، عادة، من غلاف عضلة الصُدغ، وأحياناً من غضاريف الأذن، وأحياناً أخرى من دهن شحمة الأذن. في هذه الحالات قد تكون هناك حاجة إلى إحداث جرح آخر. نسبة النجاح في زرع جلد طبلة الأذن لدى البالغين تتفوق الـ 90% ولدى الأطفال نحو 80%. لغرض ترميم إصابة عظام السمع في الإمكان زرع ترقيع اصطناعي، غضروف، أو استخدام عظم سمع للمتعالج الخاضع للعملية الجراحية. تُجرى العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام أو الموضعي.

اسم المريض/ة:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	بطاقة الهوية
اسم العائلة	الاسم الشخصي		
أصبح بهذا وأصدق على أنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من د. _____			
عن الحاجة إلى إجراء عملية لرأب طبلة الأذن و/أو لرأب العظيمات في الجانب _____ من أجل _____			
(فيما يلي: "العملية الأساسية").			

وُضِحَ لي أنّ هناك حالات تستدعي معاودة العملية الجراحية في أعقاب عدم استيعاب الترقيع، أو لعدم النجاح في ترميم السمع. هناك حالات يُخطط فيها لأكثر من عملية جراحية واحدة، مسبقاً. ومن المحتمل – أشهراً وحتى سنوات بعد ترميم سمع ناجح – أن يتحرك الترقيع من مكانه أو أن ينفلت، ونتيجة لذلك سيدهور السمع، حيث سأحتاج إلى الخضوع لعملية جراحية إضافية. وُضِحَ لي أنه في حال إجراء جرح خارجي سيظلّ هناك أثر جرح. شكل أثر الجرح متعلق بنوع جلدي وبصفاته الاستشفائية، كما أنّ هناك حالات تتطوّر فيها آثار جروح جَدْرِيّة (آثار جروح سميكة وبارزة). أصرّح بهذا وأصدق على أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم في الأذن، السبات في منطقة العملية الجراحية، الألم عند المضغ، وتغيّر محتمل في حاسة الذوق. كما وُضِحَ لي المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: التليف، التلوّث، الطنين (الرين في الأذن)، إصابة الأذن الداخلية التي يمكن أن تؤدي إلى الدوخة. في حالات نادرة (نحو 1%) يمكن أن يظهر تدهور في السمع إلى درجة الصمم. إصابة عصب الوجه نادرة جداً، وغالباً ما تكون مؤقتة، لكن يُحتمل حدوث إصابة دائمة. أعطى بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية. أصرّح 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 جسمانيّ، بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقّعها الآن بالتاكيد أو بشكل كامل. لكن معناها وُضِحَ لي، وعليه، أنا أوافق، أيضاً، 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. تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على إجراء تخدير موضعيّ مع أو بدون حقن داخل الوريد لموادّ مهدئة، بعد أن شُرح لي مخاطر وتعقيدات التخدير الموضعيّ، بما فيها ردّ الفعل التحسسيّ بدرجات متفاوتة لموادّ 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. وُضِحَ لي أنه في حال إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام سأتلقّى شرحاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير. أنا أعلم وأوافق على أن تتم العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وإنه لم يُضمن لي أنها ستتمّ كلّها أو أجزاء منها بيد شخص معيّن، شرطاً أن تتم بالمسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

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

اسم الوصي (القرابة)

أصدق على أنني شرحت شفهيّاً للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ها وقع/ت موافقة أمامي، بعد أن ائقنتت بأنه/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
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

