המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ORTHO/SURG/8010/0133/ יולי 1999

טופס הסכמה: תיקון ניתוחי במחלת פרטס
LEGG – CALVE – PERTHES
إستمارة موافقة: تصحيح جراحيٌّ في مرض بيرثيس

يُجرى العلاج الجراحي في مرض PERTHES لغرض تخفيف الإصابة و/ أو منع إصابة أخرى في مفصل الورك يتسبب بها المرض. هناك طرق مختلفة لإجراء العملية. يتم اختيار العملية بناء على اعتبارات طبية. في حالات معينة، يُتطلّب أكثر من عملية واحدة للحصول على النتيجة المرجوّة.
تُجرى العملية تحت تأثير تخدير عام.

اسم المريض/ة / שם החולה:_____

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

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحًا شفويًّا مفصلاً من الدكتور _____ _____
اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن الحاجة إلى عملية _____
في الرجل **اليمنى/ اليسرى/ كلتا الرجلين*** (في ما يلي "العملية الأساسية").

شُرح لي أنه لا يتم، في كل الحالات، الحصول على النتيجة المرجوة، وقد تكون هناك حاجة إلى علاجات إضافية، بما فيها التدخل الجراحي.
أعلن بهذا وأقر بأنه شُرِحت لي البدائل الجراحية، وإيجابيات وسلبيات كل منها.
شُرحت لي العوارض الجانبية المحتملة بعد العملية الأساسية، بما فيها: الألم، عدم الشعور بالراحة، والتقييد في الحركة. ويحدث، في حالات نادرة، تقصير للعظم وضعف عضلات.
أعلن بهذا وأقر بأنه شُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما فيها: التلوث الذي يستوجب علاجًا إلى درجة إجراء عملية، وصل غير صحيح للعظم قد يستوجب تدخلاً جراحيًّا. في أحيان نادرة، عند العملية، تُتوقّع إصابة أوعية دموية و/ أو عظم تؤدي إلى إعاقة في الأداء.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
أعلن بهذا وأقر بأنه شُرح لي، وأنا أدرك، أنَّ هناك احتمالاً لأن يتَّضح، في أثناء العملية الأساسية، وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتِّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة إضافيَّة، لا يمكن توقُّعها الآن بشكل أكيد أو كامل، غير أنَّ معناها وُضِّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التَّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، ستكون- كما يعتقد أطبَّاء المؤسسة- حيويَّة أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.
وُضّح لي أن العملية الأساسية تُجرى تحت تأثير تخدير عامٍّ وسأتلقَّى شرحًا عن التَّخدير من اختصاصيِّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني أوافق على أن تُجرى العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسسة وتعليماتها.
كما أنَّني لم أتلقَّ ضمانة أنَّه ستُجرى كلُّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطةَ أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

_____	_____	_____
التَّاريخ/ תאריך	السَّاعة/ שעה	توقيع المريض/ة / חתימת החולה

_____	_____
اسم الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيِّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

أقرُّ بهذا بأنَّني شرحت شفهيًّا للمريض/ ة/ للوصيِّ على المريض/ ة* كل ما ورد أعلاه، بالتَّفصيل المطلوب، وبأنَّه/ ها وقَّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ ها فهم/ ت شروحي كاملةً.

_____	_____	_____
اسم الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה	توقيع الطَّبيب/ة / חתימת הרופא/ה	رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון

*يُرجى شطب الزَّائد وإحاطة المتعلِّق بالموضوع بدائرة/ מחק/ י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלוונטי.

ההסתדרות הרפואית בישראל
החברה לניהול סיכונים ברפואה
האיגוד הישראלי לאורתופדיה
החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית