המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט OBGYN/SLPG/6621/0066/ ספטמבר 1997

טופס הסכמה: ניתוח לקשירת חצוצרות
TUBAL LIGATION
إستمارة موافقة: عمليَّة لربط قنوات فالُوب

يتمُّ ربط قنوات فالُوب لمنع الحمل الناتج عن الإخصاب الطبيعي.
تُجرى العملية بالطريقة البروسكوبية (الطريقة المغلقة)، بوساطة إدخال أجهزة عبر شرائح صغيرة في جدار البطن وإدخال غاز CO_2 إلى فضاء الصِّفاق (الفَتْق). تُجرى العمليَّة تحت تأثير التَّخدير العامِّ.
في الإمكان، أيضًا، ربط قنوات فالُوب كعمليَّة إضافية خلال عملية أخرى يجب فتح البطن فيها.

اسم المرأة/ שם האשה: _____

_____	_____	_____	_____
اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رَقْم الهُوِيَّة/ ת.ז.

أعلنُ وأقرُّ بهذا بأنَّني تلقَّيت توضيحًا شفهيًّا مفصَّلاً من الدُّكتور _____ _____
اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי
عن عملية ربط قنوات فالُوب لغرض التَّعقيم (في ما يلي: "العملية الأساسية").
شُرح لي أن هناك احتمالاً لعدم نجاح التَّعقيم أو لعدم فاعليَّته في المدى البعيد. تراوح نسبة الفشل المبلَّغ عنها في طرائق الرَّبط المختلفة من واحدة إلى خمسٍ من كلِّ ألف امرأة.
شُرحت لي بدائل منع الحمل الممكنة في ظروف الحالة، إيجابياتها وسلبياتها، وكذلك المخاطر والمضاعفات المنوطة بكلٍّ منها.
وُضِّح لي أن فقدان الخصوبة الناتج عن العملية غير قابل للتبديل، غالبًا؛ حيث إن نسب نجاح عملية "فتح" قنوات فالُوب متغيِّرة وغير حتميَّة.
أصرح وأقرُّ بهذا بأنَّه شُرحت لي العوارض الجانبية المحتملة بعد العملية الأساسية بالطريقة البروسكوبية، بما فيها الألم وعدم الشعور بالراحة في منطقة الجروح، وألم في منطقة الكتفين نابع من إثارة الحجاب الحاجز (العضلة الفاصلة بين الصدر والبطن) نتيجة إدخال الهواء إلى تجويف البطن، وهي عوارض غالبًا ما تزول خلال بضعة أيام.
كذلك شُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة في الطريقة البروسكوبية بما فيها: التلوث، الإضرار بأعضاء البطن أو بالأوعية الدموية الكبيرة، و/أو الصعوبة التِّقْنيَّة في تنفيذ الفعَّاليَّة، ما قد يستدعي الانتقال إلى "الطريقة المفتوحة"، أي فتح البطن لغرض إجراء عمليَّة تصحيحيَّة أو إتمام عمليَّة الربط.
أعلن بهذا أنَّني/ أنَّ المرأة- على حدِّ علمي- غير حامل.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العمليَّة الأساسيَّة.
كما أعلنُ وأقرُّ بهذا بأنَّه وُضِّح لي وإنَّني لَمُدركة/ مدرك أنَّ هناك احتمالاً لأن يتَّضح خلال العملية الأساسية أنَّه توجد حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتِّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيٍّ، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة إضافيَّة، من غير الممكن توقُّعها، الآن، بالتَّأكيد أو كاملةً، غير أنَّ معناها وضِّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق على ذلك التَّوسيع، أيضًا، التَّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، ستكون- كما يعتقد أطبَّاء المؤسَّسة- حيويَّة أو مطلوبة في أثناء العمليَّة الأساسيَّة.
شُرح لي أن العملية الأساسية تُجرى تحت تأثير التَّخدير العامِّ وسأتلقَّى توضيحًا عن التَّخدير من قبل اختصاصيِّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني موافقة/ موافق على أن تُنفَّذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد مَن سيُلقى عليه/ ها القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسَّسة وتعليماتها. كما أنَّني لم أتلقَّ ضمانة أنَّه ستُجرى كلُّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطةَ أن تُجرى بالمسؤوليَّة المتَّبعة في المؤسَّسة بما يقضيه للقانون.

_____	_____	_____
التَّاريخ/ תאריך	السَّاعة/ שעה	توقيع المرأة/ חתימת האשה

_____	_____
اسم الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيِّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مريضة، نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה, או חולת נפש).

أقرُّ بهذا بأنَّني وضَّحت شفهيًّا للمرأة/ للوصيِّ على المرأة * الوارد أعلاه كلَّه بالتَّفصيل المطلوب، وبأنَّها/ ه وقَّعت/ وقَّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّها/ ه فهمت/ فهم توضيحاتي كاملةً.

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

* يُرجى شطب الزَّائد/ מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואי **החברה לניהול סיכונים ברפואה**
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה