

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0056 / 0634 / SURG / OENT / ינואר 1998

## טופס הסכמה: ניתוח לכריתה שלמה/ חלקית/ אונתית של בלוטת התריס (בלוטת המגן)

### THYROIDECTOMY (LOBECTOMY / PARTIAL / TOTAL)

#### استمارة موافقة: عملية للاستئصال الكامل/ الجزئي/ الفلقي للغدة الدرقيّة

يجري تنفيذ عملية استئصال الغدة الدرقيّة في حالات نشاط الغدة الزائد الذي لا يستجيب للعلاج التقليدي، أو وجود عُصْر غريب في الغدة. تُجرى العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام، حيث يتمّ خلالها استئصال العُصْر الغريب، الغدة أو جزء منها. وغالبًا ما سيترك تصريف في منطقة العملية الجراحية. عندما يجري التخطيط لتنفيذ عملية جراحية لاستئصال فُلق واحد، هناك احتمال لأن تكون حاجة إلى استئصال الفُلق الآخر، أيضًا، وذلك بناءً على جواب خاصّ بمبنى الأنسجة (هستولوجي) ساعة العملية الجراحية، أو بالاستناد إلى جواب هستولوجي يأتي لاحقًا، يستوجب إجراء عملية أخرى.

اسم المريض/ %/ שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخّصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رَقْم الهوية/ ת. ז.
اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخّصي/ שם פרטי		

أصرّح وأقرّ بهذا بأنني تلقّيت شرحًا شفهيًا مفصّلًا من الدكتور/ة

اسم العائلة/ שם משפחה

الاسم الشخّصي/ שם פרטי

عن الحاجة إلى الاستئصال الكامل للغدة الدرقيّة/ الاستئصال الجزئي/ استئصال عُصْر غريب\* (فيما يلي: "العملية الأساسية").  
إنني تلقّيت شرحًا عن النتائج المرجّوة من العملية وعن احتمال أن تكون هناك حاجة إلى تناول مُستحضرات من اليود بعد العملية الجراحية، لغرض استكمال العلاج. وقد تلقّيت شرحًا، كذلك، عن بقاء أثر لجرح جراحيّ في مقدّمة الرقبة.

إنني أصرّح وأقرّ بهذا بأنني تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبية المتوقّعة بعد العملية الجراحية، بما في ذلك الألم والشعور بعدم الراحة على امتداد عدد من الأيام. كما أن هناك احتمالًا للحاجة إلى تناول مستحضرات هورمونية بديلة لعمل الغدة، بعد العملية فورًا أو في موعد متأخّر أكثر.

ووضّحت لي، كذلك، المخاطر والتعقيدات المحتمل حصولها، بما في ذلك النزيف الذي سيستوجب، أحيانًا، تدخلًا جراحيًا ثانيًا؛ الالتهاب في منطقة العملية؛ بُحّة الصوت العابرة أو الدائمة نتيجة إصابة العَصَب المُرتدّ وشلل الأوتار الصوتية في أحيان نادرة؛ الاضطرابات في التنفّس التي ستستوجب إحداث فُغر تنفّسيّ (TRACHECTOMY)؛ إنخفاض مستوى الكالسيوم في الدم نتيجة لإصابة جوار الغدة الدرقيّة (PARATHYROID) الذي سيستوجب علاجًا دوائيًا مطوّلًا أو دائمًا.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الأساسية.

إنني أصرّح وأقرّ بهذا بأنني تلقّيت شرحًا، وبأنني أدرك أنّ هناك احتمالًا لأن يتّضح في أثناء العملية الأساسية وجود حاجة إلى توسيع محيطها بناءً على جواب هستولوجي، إلى تغييرها، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك عمليّات جراحية أخرى لا يمكن توقّعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضًا، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ستكون، كما يعتقد أطباء المؤسسة، حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

وقد وُضّح لي أن العملية الأساسية تُجرى تحت تأثير التخدير العامّ وإنني سألقّي شرحًا عن التخدير من اختصاصي تخدير.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سُلّقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُجرى قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ % / حתימת החולה/ה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصيّ (في حالة قُعد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًا)/

اسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة للوصيّ على المريض/ة\* كلّ ما ورد أعلاه بالتّفصيل المطلوب، وبأنّه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

رَقْم الرُخصة/ מס' רשיון

توقيع الطّبيب/ %/ חתימת הרופא/ה

اسم الطّبيب/ %/ שם הרופא/ה

\*يرجى شطب الزّائد/ محקי/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרופאים בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

איגוד רופאי אף אוזן גרון וכירורגית של ראש וצוואר