

نموذج موافقة: جراحة قيصرية بشكل اختياري بطلب من الأم من دون دواعي طبية

## טופס הסכמה: ניתוח קיסרי ללא הוריה רפואית עפ"י בקשת היולדת ELECTIVE CESAREAN SECTION UPON PATIENT'S REQUEST

أصرح بهذا وأصادق بأنني أطلب إنهاء حملي وإجراء جراحة قيصرية رغم أنه لا يوجد سبب أو تبرير طبي لذلك. أصادق بأنني اخترت هذه الطريقة (جراحة قيصرية) رغم أنها منوطة بمخاطر ومضاعفات طبية بنسبة أعلى من الولادة المهبلية. أصادق على أن الأطباء المعالجين قد نصحوني بالانتظار للولادة التلقائية و/أو محاولة الانجاب المهبلي وبرغبتي ولأسباب الشخصية اخترت التصرف بخلاف هذه التوصية. أصرح بأنني طلبت أن أخضع لجراحة قيصرية بعد التفكير وفحص الأفضليات والسلبيات في جراحة قيصرية مقابل ولادة مهبلية. أنا أعي أن توقيعي على هذا النموذج لا يشكل "موافقة" على العلاج المقترح/الموصى به، إنما أصادق على أنني اخترت جراحة قيصرية.

اسم الأم:

اسم العائلة الاسم الشخصي اسم الأب رقم الهوية

أصرح بهذا وأصادق على أنني فهمت الشرح المفصل الذي حصلت عليه شفاهية من الطبيب: \_\_\_\_\_  
اسم العائلة الاسم الشخصي

بخصوص المخاطر، المضاعفات الممكنة والأعراض الجانبية المنوطة بالقيام بجراحة قيصرية (فيما يلي: "الجراحة الرئيسية"). أصرح بهذا وأصادق على أنني قد منحت شرحاً عن المسار المتوقع، النتائج المرجوة والأعراض الجانبية من الجراحة الرئيسية يشمل الألم والمضايقة. شرح لي بأن نسب الوفاة والمرض لدى الأم في جراحة قيصرية تزيد عن تلك المنوطة بالولادة المهبلية وتزداد كلما زاد عدد الجراحات القيصرية في نفس المرأة. كذلك شرح لي بأن مسار التعافي من جراحة قيصرية أطول بالمقارنة مع التعافي من ولادة مهبلية وكذلك بأنه قد يكون اضطراب في العلاقة الأولى بين الأم-الطفل (Bonding) وصعوبات في الإرضاع. كذلك، شرح لي بأن المخاطر والمضاعفات الممكنة للجراحة القيصرية، تشمل:

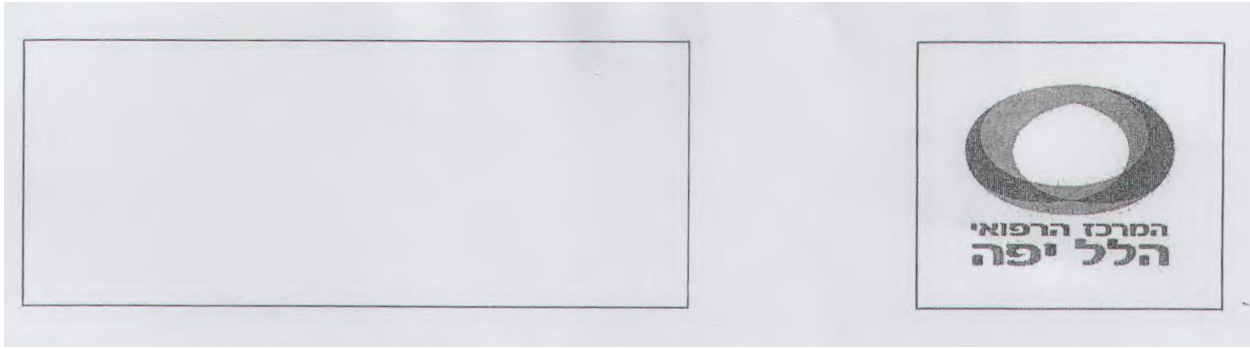
مضاعفات خلال الجراحة:

- الحاجة للقيام بتخدير شامل مع مضاعفاته الممكنة.
- تمزق أو انتشار الشق الجراحي في الرحم، ما قد يسبب نزيف من أدوية دموية في الرحم توجب إعطاء وجبات دم وفي حالات معينة توجب استئصال الرحم.
- أضرار للمثانة، للحالب أو لأعضاء مجاورة (أمعاء).

شرح لي بأنه قد لا يتم تشخيص هذه المضاعفات أو لا يتم تصحيحها خلال الجراحة الرئيسية وبأنه قد تكون هناك حاجة للقيام بعملية تصحيح في مرحلة لاحقة.

مضاعفات بعد الجراحة:

- حمى و/أو تلوث في الرحم والحوض.
- تلوثات في مسالك البول.
- تلوث في شق الجراحة.
- اضطرابات في نشاط الأمعاء (العلوص-انسداد الأمعاء).
- تكون نزيف دم في الرحم والحوض (هيماتوما).



- تكون خثرات دم في الأوردة العميقة (خثار وريدي) وانصمام للرنيتين (انصمام خثاري).

اسم الأم:

اسم العائلة      الاسم الشخصي      اسم الأب      رقم الهوية

شرح لي بأن هذه المخاطر قد تسبب الألم والمعاناة والمضايقة العابرة أو المستديمة وفي حالات نادرة جدًا قد تسبب الوفاة أيضًا.

مضاعفات على الجنين:

- جروح بالخطأ من سكين الجراحة.
- نسبة أعلى للحاجة لتلقي العلاج بالأوكسجين أو تنفس للمولود بجراحات قيصرية.

تأثيرات طويلة الأمد وفي حالات الحمل التالية:

- تمزق الرحم خلال الحمل أو الولادة.
- تجذر غير سليم للمشيمة (مشيمة مقترحة).
- احتمال زائد لولادة متكررة في جراحة قيصرية (تقييد إمكانية ولادة مهبلية في المستقبل).
- مضاعفات أكثر في جراحة قيصرية متكررة.
- تقييد عدد الولادات المستقبلية/الجراحات القيصرية.
- صعوبات في الدخول مرة أخرى لحمل.
- التصاقات في الحوض وأعضاء البطن (ونتيجة لذلك آلام بطن وانسداد في الأمعاء).

أصرح لهذا وأصدق بأنه قد شرح لي وأنا أفهم أن هناك إمكانية بأنه خلال مسار الجراحة الرئيسية قد يتبين بأن هناك حاجة لتوسيع حجم الجراحة أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية لغرض انقاذ حياة أو منع ضرر جسدي، يشمل القيام بجراحة إضافية التي لا يمكن توقع حدوثها بشكل مؤكد، لكن معناها وضح لي. وفقا لذلك، أنا أوافق كذلك على ذلك التوسيع، التغيير أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، يشمل جراحات التي بحسب قرار ورأي أطباء المستشفى سوف تكون ضرورية أو مطلوبة خلال الجراحة الرئيسية.

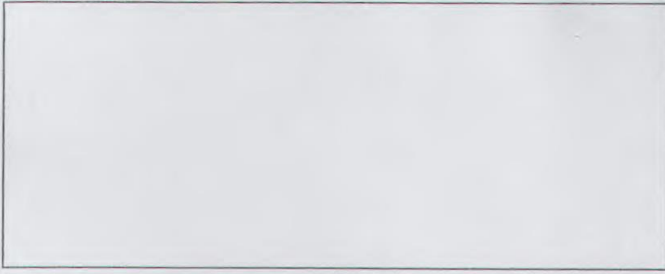
وضح لي أن الجراحة الرئيسية تتم تحت تخدير ايبيدورال، العامود الفقري و/أو عام ما يوجب مستوى تخدير اعلى و/أو الحاجة لتنفس من خلال أنبوب في قصبه التنفس. سوف يتم تقديم شرح عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

انا أعرف وأوافق بأن الجراحة الرئيسية وكل الإجراءات الأخرى سوف تتم من قبل من وكل بالأمر، حسب النظم والتعليمات في المؤسسة، وبأنه لم يضمن لي بأن تتم، سواء جميعها أو جزء منها، من قبل شخص معين، وشريطة أن تتم بموجب المسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون.

التاريخ	الساعة	توقيع الأم
---------	--------	------------

اسم الوصي (القربة)	توقيع الوصي (في حال غير مكلف، قاصر أو مريض نفسي)
--------------------	--

أصدق بهذا بأنني شرحت شفهايا للأم/الوصي على الأم\* كل المذكور أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنه وقع على موافقة أمامي بعد أن اقتنعت أنه فهم شرحي بأكمله.



التاريخ والساعة	توقيع الطبيب	اسم الطبيب (ختم)