

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט 0031/RET/VCR/OPHTL/ יוני 1997

טופס הסכמה: ניתוח לטיפול בהפרדות רשתית REPAIR OF RETINAL DETACHMENT إستمارة موافقة: عملية لمعالجة الانفصال الشبكي

תُجرى عملية معالجة الانفصال الشبكي لهدف لصق الشبكية במקناها. تُجرى العملية بطرائق مختلفة، تكون- في معظم الحالات- مُدمجة بوساطة تلقیح العين במادة خاصة. الانفصال الشبكي هو حالة تنفصل فيها الشبكية عن مكانها وتتضرر قدرتها على التقاط المحفزات البصرية. إن الأسباب الرئيسية للانفصال الشبكي هي: الإضرار الخارجي، أمراض العينين (قصر النظر، تلف الشبكية) أو أمراض عامة مثل السكر. إن المعالجة المبكرة- قدر الإمكان- حيوية؛ لمنع حدوث ضرر غير متحول. تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعي أو عام.

اسم المريض/ ة/ שם החולה: _____
اسم العائلة/ שם משפחה _____
الاسم الشخصي/ שם פרטי _____
اسم الأب/ שם האב _____
رقم الهوية/ ת. א. _____
أعلن وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور _____
اسم العائلة/ שם משפחה _____
الاسم الشخصي/ שם פרטי _____

عن الحاجة إلى إجراء عملية لتصحيح الانفصال الشبكي في العين اليمنى/ اليسرى* (في ما يلي "العملية الأساسية").
أعلن وأقر بهذا بأنه وضح لي عدم وجود طرائق بديلة لمعالجة الانفصال الشبكي غير العملية و/ أو تلقیح العين بالغاز.
أعلن وأقر بهذا بأنه وضح لي النتائج المأمولة من العملية، كما وضح لي أن هناك احتمالاً لأن تكون في بعض الحالات حاجة إلى إجراء عملية إضافية؛ لإرجاع الشبكية إلى مكانها.
أعلن وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً عن العوارض الجانبية بعد العملية، بما فيها الشعور بالألم وعدم الراحة، الاحمرار والانتفاخ.
كما وضح لي المخاطر والمضاعفات المحتملة، التي تشمل: النزيف، تغيرات في العدسة، ما يستلزم تركيب نظارات أو تغييراً في قياس نظارات سابق. كما مضاعفات أكثر ندرة تشمل: هبوط الجفن، الازدواجية في الرؤية، ازدياد الضغط داخل العين، التلوثات، وحتى فقدان الكلي للبصر في العين المعالجة، وانكماش شحمة العين.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
كما أعلن وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً، وبأنني أدرك أن هناك احتمالاً لأن يتضح- في أثناء العملية الأساسية- وجود حاجة إلى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية أخرى لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أن معناها وضح لي. بناءً عليه، أنا أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية. أمنح بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي بعد أن وضح لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي، بما في ذلك: النزيف، التلوث، الإضرار بالعين، وفي حالات نادرة، فقدان البصر.
إذا تقرر إجراء العملية تحت تأثير تخدير عام فسألتني شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.
أنا على علم، كما أنني موافق/ ة على أن تُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سبقتي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم ألتق ضماناً أنه ستجرى كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التاريخ/ תאריך _____
الساعة/ שעה _____
توقيع المريض/ ة/ חתימת החולה/ ה _____

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) _____
توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ ة، نفسانياً)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

أقر بهذا بأنني شرحت شفهياً للمريض/ ة للوصي على المريض/ ة* الوارد أعلاه كلاً، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ ها وقّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ ها فهم/ ت شروحي كاملةً.

اسم الطبيب/ ة/ שם הרופא/ה _____
*يرجى شطب الزائد/ מחק/ י את המיותר
توقيع الطبيب/ ة/ חתימת הרופא/ה _____
رقم الرخصة/ מס' רשיון _____



החברה לניהול סיכונים ברפוא



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד רופאי העיניים בישראל