

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ORTHO/SURG/8370/0130 / יולי 1999

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון גף עוותי (ספסטי) CORRECTION OF SPASTIC LIMB إستمارة موافقة: عملية لتصحيح طرف مشوّه (سبأستي)

תִּגְרַי העמליה לתصحيح طرف مشوّه لهدف تحسين مدى حركة المفصل/الطرف/ و/ أو محور الطرف، في الحالات التي تتسبب فيها إعاقة عصبية بتقصير العضلات، بانحراف في محور الطرف، وبتقييد في حركة المفاصل. تتضمن العملية تحرير، تطويل، أو تحويل العضلات و/ أو الأعصاب. العملية، عادة، مرحلة في التوجه نحو الحصول على تحسن في الأداء.

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

عن عملية لتصحيح طرف/ أطراف و/ أو مفصل/ مفاصل مشوّه/ مشوّهة*

(في ما يلي: "العملية الأساسية").

حدد الطرف/ الأطراف/ وناحية/ نواحي التصحيح/ ציינ גפה/ים ואזור/י התיקון
شرح لي أنّ العملية لا تعالج المشكلة الأساسية ويُحتمل أن يستدعي تكرّر الإعاقة في الأداء، بدرجات مختلفة، علاجات إضافية، بما فيها العمليات. شرح لي كذلك أن هناك إمكانية أن لا يتم الحصول على النتيجة المرجوة، أو أن يتم الحصول على تصحيح جزئي، وأن تكون هناك حاجة إلى علاجات إضافية بما فيها عمليات لتحسين الأداء.

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن البدائل الجراحية، عن إيجابيات وسلبيات كل منها. شرحت لي العوارض الجانبية المتوقعة بعد العملية الأساسية، بما فيها: الألم وعدم الشعور بالراحة، وكذلك التقييد المؤقت في الحركة إلى درجة الإعاقة في الأداء.

أعلن بهذا وأقر بأنه شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة للعملية، بما فيها: التلوث إلى درجة الحاجة إلى تدخل جراحي، الضعف المستمر للعضلات التي تم تطويلها، وفي حالات نادرة، إصابة أو عية دموية وأعصاب.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أعلن بهذا وأقر بأنه قد شرح لي، وأنا أدرك، أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح، في أثناء العملية الأساسية، وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، لا يمكن توقعها الآن بشكل أكيد أو كامل، غير أنّ معناها شرح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي، بعد أن شرحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير الموضعي، بما فيها رد فعل تحسسي بدرجات متفاوتة للمواد المخدرة. إذا تقرر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامّ أو ناهي، فسألتقى شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أنّ تجرى العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأخرى بيد من سألقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّني لم ألتق ضماناً أنّه سيجري كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تجرى بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة / חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

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

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيّاً للمريض/ة / للوصي على المريض/ة * كل ما ورد أعلاه، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

* يُرجى شطب الزائد وإحاطة المتعلق بالموضوع بدائرة/ מחק/ י את המיותר והק/י בעיגול את הרלוונטי.



החברה לניהול סיכונים ברפוא



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לאורתופדיה

החברה הישראלית לאורתופדיה פדיאטרית