

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0095 / ORTHO/HSRG/8221 / יולי 1998

שופס הסכמה: כריתת גנגליון EXCISION OF GANGLION إستمارة موافقة: إستئصال عُقدة عصبية أو ليمفاوية

إن العُقدة العصبية أو الليمفاوية هي كيس يحوي سائلاً لزجاً تتكوّن، عادة، حول عصب أو مفصل. وسبب تكوّنهما غير واضح، عادة. تُجرى العملية لاستئصال العُقدة العصبية أو الليمفاوية بهدف إزهااب الألم عن المريض/ة، أو لإزالة كتلة غير جمالية. تُجرى العملية بواسطة جرح في منطقة العُقدة، تحرير الأنسجة من حولها، فصلها عن المفصل أو عن غلاف العصب الخارجة منهما، وقطعها. إذا ساور، في أثناء العملية، شكٌّ في أن الورم ورم من نوع آخر، يقرّر الجراح استئصال الورم كاملاً أو الاكتفاء في مرحلة أولى بأخذ عينة لغرض التشخيص. يُقَطَّب الجرح بقطب تُزال بعد بضعة أيام. تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعيّ و/ أو ناهيّ بدمج سادّ شرايين يُضبط في يد المريض/ة، وتحت تأثير تخدير عامّ، أحياناً. قد يتسبّب الإغلاق بشعور بالضغط في الذراع.

اسم المريض/ة / שם החולה: _____
اسم العائلة/שם משפחה _____
الاسم الشخصي/שם פרטי _____
اسم الأب/שם האב _____
رَقْم الهويّة/ ת.ז. _____
أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقّيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور _____
اسم العائلة/ שם משפחה _____
الاسم الشخصي/ שם פרטי _____

عن الحاجة إلى استئصال عُقدة عصبية أو ليمفاوية في اليد اليمنى/ اليسرى*، من عرق كَفِّ اليد/ من كَفِّ اليد*، في جهة باطن اليد/ ظاهر اليد*، من الإصبع 5/4/3/2/1* (في ما يلي: "العملية الأساسية").

وَصّحت لي النتائج المأمولة من العملية الأساسية كما احتمال عودة العُقدة، بنسبة عالية، والحاجة إلى إجراء عملية أخرى لإزالتها. أعلن بهذا وأقرُّ بأنه وُصّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية الأساسية، بما فيها: الألم، عدم الشعور بالراحة، الانتفاخ، ونزيف دم موضعيّ يُمنصّ من تلقائه. كما وُصّحت لي المخاطر والمضاعفات النادرة نسبياً، بما فيها نزيف مستمر وتلوث يوجب العلاج. لا حاجة، عادة، إلى علاج طبيعيّ بعد العملية. أُمّح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقّيت شرحاً، وإنني مُدرك/ة أنّ هناك احتمالاً لأن يَنْصَح- في أثناء العملية الأساسية- وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك عمليّات جراحية إضافية، لا يمكن توقّعها الآن، بالتأكيد أو كاملةً، غير أنّ معناها وُصّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيويةً أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعيّ و/ أو ناهيّ بدمج سادّ شرايين، بعد أن وُصّحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير موضعيّ، بما فيها ردُّ فعل تحسّسيّ بدرجات متفاوتة للمادّة المخدّرة، وإمكانية الإصابة العصبية و/ أو الوعائية في التخدير الناهي. إذا تقرّر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامّ، فسأتلقّي شرحاً عن التّخدير من اختصاصي التّخدير.

أنا على علم، كما أنني موافق/ة على أن تُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلقّ ضماناً أنّه سُنجرى كلها أو سُنجرى قسم منها بيد إنسان معيّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التّاريخ/ תאריך _____
السّاعة/ שעה _____
توقيع المريض/ة / חתימת החולה _____
اسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) _____
توقيع الوصيّ (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 شفهباً للمريض/ة / לוויי עלی المريض/ * الوارد أعلاه كلّهُ، بالتّفصيل المطلوب، وبأنه/ها وُقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

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

* يُرجى شطب الزّائد / מחק/ י את המיותר .



החברה לניהול סיכונים ברפוא



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה של היד