המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט OSUR/OOOO/0520/0063/ נובמבר 2000

טופס הסכמה: כריתת האהוד הגבי העליון בתורסקופיה בשל הזעת יתר בידים

THORACOSCOPIC UPPER DORSAL SYMPATHECTOMY FOR PALMAR HYPERHYDROSIS

إستمارة موافقة: إستئصال العصب العلويّ في الظَّهر بواسطة الثوراكوسكوبيا لسبب العَرَق الزَّائد في كفَّتي اليدَيْن

ينتج العَرَق الزَّائد في كفَّتي اليدين من نشاط زائد لجزء من الجهاز العصبي. في الإمكان التخفيف من حدَّة العَرَق الزَّائد بجرح أو استئصال العصب المسبب للظاهرة.
تُجرى العملية بوساطة الثوراكوسكوبيا، وهي فعَّاليَّة تتمُّ بإدخال أجهزة عبر الشرائح الصغيرة، الأحادية أو الثنائية الجانب، في جدار القفص الصدري.
تُجرى العملية تحت تأثير التَّخدير العامِّ.

اسم المريض/ שם החולה: _____

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رَقْم الهُوِيَّة/ ת.ז.
_____	_____	_____	_____

أعلنُ وأقرُّ بهذا بأنَّني تلقَّيت توضيحًا شفهيًّا مفصَّلاً من الدُّكتور _____

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי
_____	_____

عن العملية لاستئصال العصب المسبب للعَرَق الزَّائد في كفَّتي اليدين في الجهة اليمنى/ اليسرى/ كلتيهما* بالطريقة الثوراكوسكوبية. (في ما يلي: "العملية الأساسية").
وُضِّح لي أن هناك احتمالاً لئلاَّ تنجح العملية الأساسية في تخفيف حدَّة العَرَق الزَّائد بشكل ملحوظ و/أو لأن يعود العَرَق.
أصرح وأقر بهذا بأنه شرحت لي العوارض الجانبية المحتملة بعد العملية الأساسية بما فيها: الألم، عدم الراحة، والعَرَق الزَّائد في أنحاء أخرى من الجسم.
كذلك شُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما فيها: النزيف، الذي قد يستدعي- في حالات نادرة- فتح القفص الصدري لوقفه، التلوث، ترهُّل الجفن، والإضرار بأعضاء القفص الصدري. في حال احتباس الهواء في القفص الصدري، يستدعي الأمر تفريغه بوساطة إدخال أنبوبة إلى القفص الصدري لفترة معينة.
شُرح لي أن هناك احتمالاً لإجراء العملية بـ"الطريقة المفتوحة". وبعد أن شُرح لي عن العملية بـ"الطريقة المفتوحة"، سلبياتها وإيجابياتها، وبعد أن فكَّرت في الإمكانيتين، اخترت وأمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية بالطريقة الثوراكوسكوبية.
شُرح لي أن هناك احتمالاً لأن يتَّضح، خلال العملية، أنه لا يمكن قطع العصب بالطريقة الثوراكوسكوبية، وستكون هناك حاجة إلى الانتقال إلى "الطريقة المفتوحة".
أطلب مواصلة/ عدم مواصلة العملية "بالطريقة المفتوحة"، بواسطة جرح فوق عظم التَّرْقُوَة أو بجرح تحت الإبط.
أعلنُ وأقرُّ بهذا بأنَّه وُضِّح لي وإنَّني مُدركٌ/ ة أنَّ هناك احتمالاً لأن يتَّضح خلال العملية الأساسية أنَّه توجد حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتِّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيٍّ، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، من غير الممكن توقُّعها، الآن، بالتَّأكيد أو كاملةً، غير أنَّ معناها وضِّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق على ذلك التَّوسيع، أيضًا، التَّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، ستكون- كما يعتقد أطبَّاء المؤسَّسة- حيويَّة أو مطلوبة في أثناء العمليَّة الأساسيَّة.
شُرح لي أن العملية الأساسية تُجرى تحت تأثير التَّخدير العامِّ وسأتلقَّى توضيحًا عن التَّخدير من قبل اختصاصيِّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني موافق/ ة على أن تُنفَّذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد مَن سيُلقى عليه/ ها القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسَّسة وتعليماتها. كما أنَّني لم أتلقَّ ضمانة أنَّه ستُجرى كلُّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطةَ أن تُجرى بالمسؤوليَّة المتَّبعة في المؤسَّسة بما يقضيه للقانون.

التَّاريخ/ תאריך	السَّاعة/ שעה	توقيع المريض/ ة/ חתימת החולה
_____	_____	_____

اسم الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيِّ (في حالة فاقد/ة الأهليَّة، قاصر، أو مريض/ة نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין, או חולה נפש).
_____	_____

أقرُّ بهذا بأنَّني وضَّحت شفهيًّا للمريض/ ة/ للوصيِّ على المريض/ ة* الوارد أعلاه كلَّه بالتَّفصيل المطلوب، وبأنَّه/ ها وقَّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّه/ ها فهم/ ت توضيحاتي كاملةً.

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

* يُرجى شطب الزَّائد/ מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד הכירורגים בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיית ילדים

החברה לניהול סיכונים ברפואה