

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1998 / ORTHO/HSRG/8244/0096 יולי

טופס הסכמה: ניתוח לתפירות גידים/ידיים/ידיים REPAIR OF FLEXOR/EXTENSOR TENDONS استمارة موافقة: عملية لقطب عصب/أعصاب في اليد/ في اليدين

תגרי العملية להפד أن تسترد الإصبع القدرة على التقيوم/ الثني اللتين تضررتا إثر قطع عصب/ أعصاب. تُجمَع في العملية الأعصاب المقطوعة وتُقطب طرفًا إلى طرف. إذا أُنضح، في أثناء العملية، أنه من غير الممكن تنفيذ قُطْب الأعصاب كما هو مذكور، يستخدم الجراح، ما أمكن، تقنيّة قطب بديل لتستردّ الإصبع/ الأصابع القدرة على الحركة. تُنْبَت اليد، في نهاية العملية، في الجبس مدّة 4-6 أسابيع. تُفكُّ قُطْب الجرح الجراحيّ بعد نحو 10 أيام. في أثناء هذه المدة وبعدها، هناك حاجة إلى علاج طبيعيّ، ورياضة علاجية، طوال عدد من الأشهر. تُجرى العملية تحت تأثير تخدير ناحيّ أو عامّ، بدمج سادّ شرايين مثبتّ في يد المعالج بالجراحة. من الممكن أن يتسبّب الإغلاق بشعور بالضغط في الذراع.

اسم المريض/ % شם החולה:

اسم العائلة/ شם משפחה	الاسم الشخصي/ شם פרטי	اسم الأب/ شם האב	رَقْم الهويّة/ ת.ז.
اسم العائلة/ شם משפחה	الاسم الشخصي/ شם פרטי		

أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقيت شرحًا شفويًا مفصّلًا من الدكتور

عن العملية لقطب العصب/الأعصاب، الطّاوي/ الطّاويات، المقوم/ المقومات، في اليد اليمنى/ اليسرى، في الإصبع 5/4/3/2/1* (في ما يلي: "العملية الأساسية").
وُضّحت لي النتائج المرجوة من العملية الأساسية كما احتمال ألا يكون في الإمكان قطب الأعصاب كما هو مخطّط والحاجة إلى اختيار تقنيّة بديلة. كما وُضّحت لي أنه في قسم كبير من الحالات لن يُتلقَى مدى حركة كامل للأصابع كما كانت عليه الحال قبل الإصابة.
أعلن بهذا وأقرُّ بأنني وُضّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية الأساسية، بما فيها: الألم، عدم الشعور بالراحة، وانتفاخ، تستوجب علاجًا. وُضّحت لي العوارض المتوقّعة بعد إزالة الجبس، بما فيها تعقّد في اليد وفي الأصابع التي أُجريت فيها العملية، ما يستوجب علاجًا طبيعيًا طوال عدد من الأشهر، وعملية ثانية، أحيانًا، لتحرير التماسكات.
كما وُضّحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما فيها: النزيف، التلوّث، وتمزّق متكرّر للأعصاب التي قُطبت. يستوجب إصلاح التمزّق عملية لقطب ثانٍ. أُمح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقيت شرحًا، وأتني مُدرك/ة أنّ هناك احتمالًا لأن يتّضح- 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 كاملة، غير أنّ معناها وُضّحت لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيويّة أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.
تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير ناحيّ بدمج سادّ شرايين، بعد أن وُضّحت لي مخاطر التخدير ومضاعفاته، بما فيها ردّ فعل تحسّسيّ بدرجات متفاوتة للمادّة المخدّرة، والضرر العصبيّ/ أو الوعائيّ.
إذا تقررّ إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامّ، فسأتلقّى شرحًا عن التّخدير من اختصاصيّ التّخدير.
أنا على علم، كما أنّني موافق/ة على أن تُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيّلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّني لم أتلقّ ضمانًا أنه سيجري كلّها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معيّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التاريخ/ تاريد	الساعة/ שעה	توقيع المريض/ % חתימת החולה
اسم الوصيّ (القرابة)/ شם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيّ (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًا)/חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)	

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ % للوصي على المريض/ %* الوارد أعلاه كلّهُ، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

اسم الطبيب/ % שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/ % חתימת הרופא/ה	رَقْم الرخصة/ מס' רשיון
--------------------------	-------------------------------	-------------------------

*يُرجى شطب الزائد / מחק/ י את המיותר .



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לכירורגיה של היד