

نموذج موافقة: عملية جراحية لحاجز الأنف و/أو استئصال/تصغير محارات الأنف

(SMR/SEPTOPLASTY AND/OR CONCHOTOMY/TURBINATE REDUCTION)

عملية جراحية لتقويم/استئصال حاجز الأنف الملتوي، تُجرى في الحالات التي فيها اضطراب في جريان الهواء إلى حدّ الاضطراب في التنفس. هناك حالات يكون فيها سبب اضطراب جريان الهواء نموّ وانتفاخ محارات الأنف الموجودة على الجدران الجانبية للأنف، مع أو من دون انحراف الحاجز. في هذه الحالات ستكون هناك حاجة إلى استئصال/تصغير/كيّ محارة سفلية واحدة أو كلتا المحارتين السفليتين. تُجرى العملية الجراحية داخل الأنف بدون جروح خارجية. سيقرّر الجراح إبقاء أو عدم إبقاء دعامات أو سدادات قطنية في فضاء الأنف. تُجرى العملية تحت تأثير التخدير العامّ أو الموضعيّ من خلال حقنة تشويش.

اسم المريض: _____ اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____ اسم الأب _____ بطاقة الهوية _____

أصّرُح بهذا وأصدّق على أنّي تلقّيت شرحاً شفهياً مفصّلاً من د. _____ اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____

عن الحاجة إلى عملية جراحية لإصلاح حاجز و/أو استئصال/تصغير المحارة/ات في الجانب _____ من أجل _____

(فيما يلي: "العملية الأساسية").

وُضّح لي أنّ هناك حالات لا تحلّ فيها العملية الجراحية المشكلة الأدينية.

أصّرُح بهذا وأصدّق على أنّه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم والشعور بعدم الراحة، التّيف، التقشّرات ورائحة أنف كريهة، تراجع (مؤقت، غالباً) في الشعور في الأسنان العلوية والحنك الأمامي.

كما شُرح لي عن المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: التهاب الجيوب الأنفية (سينوسيتيس)، تنقّب في حاجز الأنف يمكن أن يؤدي إلى حالة من التنفس الصفيري، إلى تقشّرات، وإلى حالات نزيف؛ التصاقات بين حاجز الأنف والمحارات؛ تغيّر في الشكل الخارجي للأنف؛ تضمر حاسة الشم (نادر)؛ جفاف الأنف؛ التّيف الحادّ إلى درجة الحاجة إلى تدخّل جراحيّ معاود؛ تلوث يشكل خطراً على الحياة من السدادات القطنية؛ خراج في حاجز الأنف يستدعي الصرف الجراحيّ. أعطى بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أصّرُح بهذا وأصدّق على أنّه شُرح لي وأنّي أفهم أنّ هناك إمكانية لأن يتضخّ - خلال العملية الأساسية - أنّ هناك حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقّعها الآن بالتأكيد أو بشكل كامل، لكن معناها وُضّح لي. وعليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التغيير، أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك إجراءات جراحية يعتقد أطباء المؤسسة أنّها ستكون حيوية أو مطلوبة خلال العملية الأساسية.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على إجراء تخدير موضعيّ مع أو بدون حقن داخل الوريد لموادّ مهدئة، بعد أن شُرح لي مخاطر وتعقيدات التخدير الموضعيّ، بما فيها ردّ الفعل التحسسيّ بدرجات متفاوتة لموادّ التخدير، والتعقيدات الممكنة لاستخدام الأدوية المهدئة، الذي يمكن أن يؤدي - في أحيان نادرة - إلى اضطرابات في التنفس وإلى اضطرابات في عمل القلب، وخصوصاً لدى مرضى القلب والمرضى المصابين باضطراب في جهاز التنفس.

وُضّح لي أنّه في حال تمّ إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العامّ، سألتقى شرحاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

أنا أعلم وأوافق على أنّ تتمّ العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سألني عليه القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وأنّه لم يُضمن لي أنّها ستتمّ كلّها أو أجزاء منها بيد شخص معيّن، شريطة أنّ تتمّ بالمسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

التاريخ _____ الساعة _____ توقيع المريض/ة _____

اسم الوصيّ (القرابة) _____ توقيع الوصيّ (في حال فاقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفسانيّ) _____

أصدّق على أنّي شرحت شفهيّاً للمريض/ة / للوصيّ على المريض/ة* كلّ ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنّه/ها وقّع/ت موافقة أُمّامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحيّ بالكامل.

اسم الطبيب/ة _____ توقيع الطبيب/ة _____ رقم الرخصة _____

*أشطب/ي الزائد

הסתדרות הרפואית בישראל

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

