

## نموذج موافقة: عملية جراحية لاستئصال الخشاء (MASTOIDECTOMY)

عظم الخشاء هو عبارة عن نتوء عظمي خلف الأذن، يحتوي على فضاءات هواء كثيرة تتصل بفضاء الأذن الوسطى. تُجرى العملية الجراحية لهدف استئصال وصرف التهاب مزمن، أو كتلة عصبية، وأحياناً من أجل معالجة التهاب حادّ انتشر ووصل إلى عظم الخشاء. الأسباب الأقل انتشاراً التي تستدعي إجراء العملية الجراحية هي استئصال ورم، أو علاج لمرض منيير. يُضطرون، أحياناً، إلى إجراء سلسلة عمليات جراحية من أجل طرد المرض كلكه. هناك حالات تكون فيها العملية الجراحية مصحوبة، أيضاً، بتدخل جراحيّ في الأذن الوسطى وفي الغشاء الطبليّ. إنّ تنظيف الخشاء من التلوث/ الكتلة العصبية/ الورم يتبع – لاحقاً، وبمقتضى الحاجة – إجراء عملية جراحية لترميم السمع. حجم العملية الجراحية، نوع العملية الجراحية، وإمكانية ملء فضاء الخشاء الخاضع للعملية للجراحية – يحددها الطبيب الجراح بموجب حجم المرض واعتبارات مهنية. تُجرى العملية تحت تأثير التخدير العامّ.

اسم المريض: \_\_\_\_\_ اسم العائلة \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي \_\_\_\_\_ اسم الأب \_\_\_\_\_ بطاقة الهوية \_\_\_\_\_

أصّح بهذا وأصدّق على أنّي تلقّيت شرحاً شفهياً مفصلاً من د. \_\_\_\_\_ اسم العائلة \_\_\_\_\_ الاسم الشخصي \_\_\_\_\_

عن الحاجة إلى عملية جراحية لاستئصال الخشاء في الجانب \_\_\_\_\_ من أجل \_\_\_\_\_

(فيما يلي: "العملية الأساسية").

وُصّح لي أنّ هناك حالات تستدعي إجراء عملية معادة في أعقاب معاودة المرض أو في أعقاب إفرزات مزمنة. قد يُخطط – من البداية – لإجراء أكثر من عملية جراحية واحدة. في العملية الجراحية التي يتركون فيها فضاء خشاء مفتوحاً تكون هناك حاجة إلى توسيع فتحة القناة السمعية. وُصّح لي أنّه يُتوقّع بقاء أثر جرح جراحيّ. شكل أثر الجرح متعلق بنوع جلدي وبصفات استشفائه، وهناك حالات تتطوّر فيها آثار جروح جذرية (أثار جرح سميكة وبارزة). وقد يتغيّر، أحياناً، موضع الأذن الخارجية.

أصّح بهذا وأصدّق على أنّه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم في الأذن، إفرزات من الأذن، تراجع الإحساس في الأذن في منطقة إجراء العملية الجراحية، الألم عند المضغ، تغيّر محتمل في حاسة الذوق.

كما شُرح لي عن المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: الإدماء، التلوث، الطنين (الترميز في الأذن)، الدوخة في أعقاب مسّ الأذن الداخلية، الشلل المؤقت أو الدائم لعصب الوجه، تفاقم الخلل السمعيّ، الصمم، تمزّق في أغشية الدماغ وتسربّ سوائل فقريّة، التهاب السحايا، الخراج في الدماغ، إدماء كثيف في أعقاب إصابة وعاء دمويّ كبير.

أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أصّح بهذا وأصدّق على أنّه شُرح لي وأنني أفهم أنّ هناك إمكانية لأن يتضح – 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 بالتاكيد أو بشكل كامل. لكن معناها وُصّح 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.

وُصّح لي أنّ العملية الجراحية تُجرى تحت تأثير التخدير العامّ، وأنني سأتلّق شرحاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

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

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

توقيع الوصيّ (في حال فاقد الاهلية، قاصر، أو مريض نفسانيّ)

اسم الوصيّ (القرابة)

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

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

\* أشطب/ي الزائد

ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

