

מודג מואفة לאסתئصال ورم / داء من الجفون

REMOVAL OF AN EYELID TUMOR / LESION

מדבקה גדולה

הهدف מן העמלפה الجراحفة هو إزالة الداء من الجفون بكامله أو إذا تعذر ذلك، جزء منه لغرض التشخيص.

تجرى الجراحة عادة تحت تخدير موضعي (بإضافة مواد مهدئة في حالات نادرة).

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، بضمنها الاحتمالات والمخاطر المترتبة في كل واحد من هذه الإجراءات.

أصرح وأصدق بهذا أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية بعد العملية الجراحية الأساسية، بضمنها: الألم، عدم الارتياح، انتفاخ الجفون، جفاف في الملتحمة أو إدماع، نزيف دم تحت الجلد حول العينين، احمرار العينين والشعور بالحكة.

ربما تظهر الندوب بوضوح لعدة أسابيع ثم تتلاشى بقدر كبير.

شُرحت لي المضاعفات المحتملة بضمنها: تلوث، ظهور أكياس في منطقة الغرز، ندوب بارزة، تغيير في شكل فتحة العين، انجذاب الجفن، إصابة غدد الدموع التي تسبب جفاف الملتحمة أو الدموع، فقدان طرق تصريف الدموع مع إدماع دائم، ألم مزمن في المنطقة المجروحة، تساقط أهداب مؤقت أو دائم، عدم تماثل بين جانبي العين، وفي حالات نادرة نزيف يوجب جراحة عاجلة. كذلك، ربما يتكرر الأمر مما يوجب تكرار الجراحة.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.

أصرح وأصدق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاق العملية، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتأكد أو بكاملها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضاً على تلك التوسعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

أعطي موافقتي بهذا أيضاً لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير.

إذا تقرر إجراء العملية الجراحية الأساسية تحت تخدير عام أو لمنطقة، سوف ألقى شرحاً حول التخدير من قبل طبيب التخدير.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي، يمكن ان يشارك الطلاب أثناء التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي، يمكن ان يشارك الطلاب أثناء التقييم والعلاج وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

أوافق على أن العلاج في المستشفى سيجري من قبل من يكلف بالقيام بذلك، بموجب الأنظمة والتعليمات القائمة في المستشفى وأصرح بموجبه أنه لم يُضمن لي بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأيدي شخص معين.

أنا الموقع أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي سيجري العلاج / يجري العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المتعالج/ة:

(شם המטופל/ת) / اسم العائلة / شם משפחה / الاسم الشخصي / شם פרטי / اسم الأب / شם האב / رقم الهوية / ת.ז.

أصرح وأصدق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيّاً من الدكتور (ד"ר)

اسم العائلة / شם משפחה / الاسم الشخصي / شם פרטי

حول الحاجة لإجراء عملية جراحية في العين

اليمنى (ימין)

اليسرى (שמאל)

في الجفن العلوي (בעפעף עליון) السفلي (תחתון) الموق الأوسط (קנטוס מדיאלי)

الصدغي (טמפורלי) * (فيما يلي: الجراحة الأساسية)

توقيع المتعالج/ الوصي:

(חתימת המטופל / אפוטרופוס)

HOSPITAL

Assuta

RAISING HEALTH STANDARDS

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

תوقيع المُعالج/ة / חתימת המטופל/ת

السَّاعة / שעה

التَّاريخ / תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالج/ة، نفسانيًا) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

اسم الوصي (القرابة) /
שם האפוטרופוס (קרבה)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهيًا للمتعالج/ة (للمتوفل/ت) / للوصي على المتعالج/ة (لاפוטרופوس של המטופל/ת) / لمترجم المتعالج/ة (למתרגם של המטופל/ת) * كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وعلى أن المتعالج/ة / الوصي وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شروحاتي بالكامل.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת / למתרגם של המטופל/ת * את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי המטופל/ת חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

رَقْم الرُّخصة / מספר רישיון

التوقيع / חתימה

اسم الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה

علاقته/ا بالمتعالج/ة / קשריו למטופל/ת

اسم المترجم/ة / שם המתרגם/ת

* اشطب/ي الزائد / מחקי את המיתר