

מדבקה גדולה

استمارة موافقة على إجراء فتح وتفريغ جراحي للكيس الدهني Incision and Drainage of Chalazion

الكيس الدهني (البَرْدَة) هو رد فعل التهابي موضعي يؤثر في الغدد الدهنية (sebaceous glands) لجفن العين، ويحدث عندما يحصل انسداد في قناة تصريف الغدة الدهنية. يمكن ان يزول الكيس الدهني بشكل تلقائي أو بواسطة العلاج بالتدليك أو الكي الموضعي مع الحرص على نظافة الجفون. في حال عدم حدوث تحسن بطرق العلاج الأنف ذكرها، يمكن إجراء فتح وتفريغ جراحي للكيس الدهني لتفريغ الغدة المسدودة ولإنهاء الالتهاب.

يتم إجراء العملية الجراحية بواسطة استخدام ملاقيط الكيس الدهني (chalazion clamp) حول الكيس وإجراء فتح في السطح الداخلي أو الخارجي لجفن العين. خلال تلك المرحلة يتم إجراء تفريغ لمحتوى الكيس الدهني بحذر، دون إحداث قطع للغدة المسدودة ثم التحكم في النزف عن طريق الضغط المعتدل على الكيس الدهني أو باستخدام الحرارة. وطبقاً لرأي الجراح يمكن حقن الستيرويدات (مضادات الالتهاب) داخل الكيس الدهني في نهاية العملية الجراحية.

طريقة التخدير المصاحبة لهذه العملية الجراحية (ضع دائرة حول الطريقة الملائمة):
دون تخدير / تخدير كلي / تخدير ناحي / إحصار العصب / تخدير موضعي

أعلن وأؤكد أنه بموجب هذه الاستمارة يمكنني الحصول على توضيح لأساليب العلاج البديلة والممكنة في حالتي والتي تشمل:

1. الحرص على نظافة الجفون – يشمل ذلك استخدام كمادات دافئة وتدليك موضعي وتطهير حافة الجفن. من المرجح أن هذه الطريقة لا تساعد في تحسن الالتهاب بشكل كبير في حال كان الكيس الدهني متعمق.
 2. الحقن الموضعي للستيرويدات – الستيرويدات هي مواد مضادة للالتهاب. ربما يكون هناك حاجة للحقن أكثر من مرة. طريقة العلاج هذه من الممكن أن تسبب تبييض الجفن (إزالة تصبغه) – وهو تجمع لبقايا الستيرويدات بموضع الحقن – وفي حالات نادرة يمكنها أن تسبب انسداد بالأوعية الدموية لشبكية أو مشيمية العين مع خطر الإصابة بفقدان الرؤية.
 3. في حال عدم تقديم علاج طبي، يمكنني أن اختار عدم تلقي العلاج الطبي والإبقاء على الكيس الدهني.
- فهمت من الشرح أن هناك إمكانية أنه أثناء فتح وتفريغ الكيس الدهني إذا اتضح أن هناك حاجة لعمل إجراءات علاجية لإجراء العملية الجراحية مثل: الحاجة إلى حقن مادة مضادة للالتهاب، إجراء فتحات إضافية للبور الأخرى التي تمت مشاهدتها، استخدام إبرة ساخنة لمنع النزيف .

كذلك، تم إبلاغي بالمخاطر والمضاعفات المحتملة والتي تشمل:

1. تلوث أو نزيف واضحين.
2. ألم مزمن وقلق.
3. تغير في لون الجلد نتيجة للعملية الجراحية أو نتيجة لحقن الستيرويدات.
4. فقدان للرموش بمكان العملية الجراحية.
5. تجمع للبعد على حافة الجفن بموضع الالتهاب.
6. حكة قوية في أجزاء العين والقرنية بسبب الفتح أو الندبة الجراحية بالجفن، هذه الحكة من شأنها أن تسبب ضرراً بخلايا طبقات القرنية (خدش بالقرنية) وضرراً بالرؤية مع الإحساس بوجود جسم غريب في العين. من الممكن أن تتطلب هذه الحالة الاستخدام المستمر لاستعدادات التغطية الموضعية، ومنع الملوثات وأحياناً استخدام العدسات اللاصقة الطبية.

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

7. תזרר מقلת העין כلال העמליה היראכיה בשבב האאואת היראכיה מלל משרט העמליה, או מן الإبرة המسكاملة لحقن مادة التخدير أو الستيرويدات أو من الأاواات المسكاملة في عمليها كي الأوعية الدموية.

8. الإضرار بالرؤية وصولاً إلى العمى.

أقر بموجبه وأصرح بأنه تم تقديم شرح لي وإنني على علم بوجود احتمال بظهور مسكاملات أثناء سير اليرأا / العلال الرئيسي تسكاعي ضرورة القيام بتوسيع نطاق أو تغيير أو اأاا إجراءات أخرى أو إضافيه يصعب التنبؤ بها مسبقاً، وذلك بهدف الحفاظ على الحياة أو وتجنب الضرر البدني، ومن ضمن ذلك إجراءات يراكية أخرى لا يمكن التنبؤ بها في الوقت الحالي بشكل قعطي وكامل. ولذلك فإنني أوافق أيضاً على هذا التوسيع أو التغيير أو التنفيذ لإجراءات أخرى أو إضافيه بما في ذلك إجراءات معينة والتي سنكون وفقاً لتقدير أطباء المسكشفى بمثابة إجراءات حيوية أو ضرورة أثناء اليرأا / العلال الرئيسي.

أبلغت بأنه في حال إجراء اليرأا تحت التخدير الكلي / النأحي / إحصار العصب، فإن التوضيح المتعلق بالتخدير سيقدمه لي طبيب التخدير.

في حال إجراء اليرأا تحت التخدير الموضعي، تُعطي بذلك موافقتي أيضاً لإجراء التخدير الموضعي مع أو دون حقن مواد مهدئة داخل الوريد وذلك بعد إطلاعي على المخاطر والمضاعافات النأجمة عن التخدير الموضعي والتي تتضمن حدوث رد فعل تحسسي بدرجات متفاوتة تجاه مواد التخدير، وبعد إطلاعي على المضاعافات المحتملة لاستخدام الأاوية المهدئة والتي قد ينتج عنها في حالات نادرة اضطرابات في التنفس واضطرابات في عمل القلب وبالتحديد لدى مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطراب في الجهاز التنفسي.

أعلم بأنه في حال كان يتبع للمركز الطبي فرع جامعي فإنه يمكن للطلاب أخذ دور أثناء مرحلة التقييم والعلال وذلك تحت الإشراف والمراقبة الكاملتين.

أدرك وأوافق على أن اليرأا الأساسية (باستثناء إذا تم اختيار وملائمة طبيب جراح مسبقاً للعمليها) وجميع الإجراءات الأخرى ستنجرى من قبل من سبق عليه الإختيار وفقاً لإجراءات وتعليمات المؤسسة، وأنه لم يقدم إلي ضمان بإجرائها، جميعها أو بعضها، من قبل شخص معين شريطة أن يتم ذلك تحت المسؤولية المتعارف عليها في المؤسسة وفقاً للقانون.

أنا الموقع أدناه على علم بأنه عند موعد تسريحي فإن الطبيب الذي سيجري العلال / اليرأا من المحتمل ألا يكون حاضراً في المسكشفى، وفي مثل هذه الحالة فإنني أعطي موافقتي على أن يتولى طبيب آخر نيابة عنه إجراءات خروجي من المسكشفى.

أعطي بذلك موافقتي على إجراء اليرأا / العلال الرئيسي.

شם המטופל/ת:

اسم المتعالج/ة:

رقم الهوية ת.ת. اسم الأب שם האב الاسم الشخصي שם פרטי اسم العائلة שם משפחה

أصرح بموجبه وأقر بأنني تلقيت شرحاً شفوياً مفصلاً من الطبيب

اسم العائلة שם משפחה الاسم الشخصي שם פרטי

حول ضرورة إجراء جراحة الشتر الخارجي ("اليرأا الأساسية")

في العين בעין: اليمنى ימין

اليسرى שמאל

في الجفن בעפעף: العلوي עליון

السفلي תחתון

توقيع المتعالج/ الوصي:

(חתימת המטופל / אפוסטרופוס)

HOSPITAL
Assuta

RAISING HEALTH STANDARDS

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

תאריך תאריך	השעה	תوقيع المتعالج/ة חתימת המטופל/ת
اسم الوصي (القراية) שם האפוטרופוס (קרבה) חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) توقيع الوصي (في حالة عدم الأهلية، القصور، أو المرض النفسي)		
أقر بأنني قدمت شرحا شفوويا للمتعالج/ة / الوصي على المتعالج / مترجم المتعالج/ة* حول جميع ما ذكر أعلاه بالتفصيل المطلوب وأن المتعالج/ة / وصي المتعالج/ة قد وقع/ت على الاتفاقية أمامي وبعد اقتناعي بفهمه/ها لكامل شروحاتي. 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 / האפוטרופוס חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.		
التاريخ والوقت תאריך ושעה	اسم الطبيب/ة (الختم) שם הרופא/ה (חותמת)	توقيع الطبيب חתימת הרופא
اسم المترجم/ة שם המתרגם/ת		علاقته بالمتعالج/ة קשריו למטופל/ת
*يرجى محو مالا داعي له		