

טופס הסכמה: ניתוח לתיקון פזילה

OPERATIONS ON EXTRAOCULAR MUSCLES

استمارة موافقة: عملية لتصحيح الحول

תُجرى العملية لغرض تحسين التوضع النسبي للعينين، وذلك عن طريق تقصير و/أو تطويل العضلات الموجودة خارج العينين والمسؤولة عن حركات العينين. علماً أن هذه العملية لا تُغيّر من حدة البصر في كل عين، إنّما تُغيّر مظهر المعالج/ة، وتُغيّر عمل العينين معاً، أحياناً. تُعتبر هذه العملية إمكانيةً علاجية ضمن سلسلة من العلاجات الممكنة التي تشمل، ضمن أشياء أخرى، على: تركيب نظارات و/أو إغلاق إحدى العينين كعلاج لعين ضعيفة البصر. تُجرى هذه العلاجات قبل و/أو بعد العملية. حيث تتم في كل عملية جراحة عضلة واحدة أو عضلتين، في عين واحد أو في كلتا العينين، وذلك وفقاً للوضع.

اسم المريض/ة שם החולה:

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

אשרח وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة

اسم العائلة/ שם משפחה | الاسم الشخصي/ שם פרטי

ענ الحاجة إلى إجراء عملية لتصحيح الحول في العين اليمنى/ اليسرى / في كلتا العينين*، في عضلة واحدة / في عضلتين* (فيما يلي "العملية الأساسية").
אשרח وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً عن النتائج المأمولة من العملية، التي تشمل على تغييرات في زاوية الحول، بما في ذلك التحسن التدريجي الإضافي أو سوء الوضع؛ أي العودة إلى زاوية الحول السابقة أو إلى ظهور حول من نوع آخر. وهناك احتمال، في هذه الحالات، لإجراء عملية إضافية.
وقد وضّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية، بما في ذلك وجع الرأس والشعور بعدم الراحة.
وقد وضّحت لي، كذلك، التعقيدات والمخاطر المحتملة في أثناء العملية: النزيف، الالتهاب، وهبوط حدة البصر في حالات نادرة جداً.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

كما אשרח وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً، وبأنني أدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح، في أثناء العملية الأساسية، وجود حاجة إلى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية أخرى من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، لا يمكن توقّعهما الآن، بالتأكيد أو كاملةً، غير أنّ معناها وضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون، كما يعتقد أطباء المؤسسة، حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

أمنح بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي، وذلك بعد وضّحت لي مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي، بما في ذلك النزيف، الالتهاب، الإضرار بالعين، وفقدان البصر في حالات نادرة.
وإذا تقرر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير التخدير العام، فسأتلقّى شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

معلومات عن المريض

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يُنفذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سِئلي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُجرىها كلها أو أن يُجرى قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة/ حתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفسانياً)/

اسم الوصي (القرابة) / שם האפוסטרופוס (קירבה)

חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אפרُّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة/ للوصي على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

وتوقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

* يُرجى شطب الزائد/ מחקי את המיותר