|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגומדבקת המטופל |

גרסה 12/16

 טופס הסכמה ל - نموذج موافقة ل- نسخة 12/16

**כריתת קטע רקמה מצוואר הרחם ע"י לולאה חשמלית**

**استئصال مقطع نسيجي من عنق الرحم بواسطة حلقة كهربائية**

**Large LOOP Excision of Transformation Zone ( LLETZ )**

الهدف من الجراحة هو علاج الآفات ما قبل السرطانية في عنق الرحم قبل أن تصبح خبيثة. خلال العملية يتم إزالة هذه الآفات بواسطة حلقة، بحيث يتم تمرير تيار كهربائي منخفض، وقطعة من نسيج عنق الرحم. يتم تنفيذ الإجراء تحت التخدير العام أو الناحي أو الموضعي، وفقًا لاعتبارات الطبيب. وبمجرد الانتهاء من العمل الجراحي يجب أن يبقى المريض تحت المراقبة وفقًا لنوع التخدير. طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية:

(أحط بدائرة حول طريقة التخدير المناسبة)

**بدون تخدير / عام / ناحي / موضعي**

**שם החולה:**

**اسم المريض/ة**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה | שם פרטי | ת.ז. | שם האב |

 اسم العائلة الاسم الشخصي بطاقة الهوية اسم الأب

أنا أصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحًا مفصّلًا وشفهيًا من الطبيب:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם משפחה | שם פרטי |

 اسم العائلة الاسم الشخصي

الحاجة إلى إجراء عمل جراحي لاستئصال مقطع نسيجي من عنق الرحم بواسطة حلقة الكهربائية (فيما يلي: "العملية الجراحية " / العملية الأساسية ").

أنا أصرّح وأؤكد بأنني تلقيت شرحًا عن طرق بديلة ممكنة من العلاج، في ظل هذه الظروف، والآثار الجانبية والمخاطر والمضاعفات المترتبة عليها.

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגומדבקת המטופל |

أنا أصرح وأؤكد بأنني تلقيت شرحًا عن النتائج المأمولة والآثار الجانبية للعملية الأساسية، بما في ذلك الألم وعدم الراحة وحدوث نزيف طفيف وتدريجي يمكن أن يستمر لمدة أربعة أسابيع. كما وأوضح لي حول أهمية تجنب العمل البدني الشاق لعدة أيام بعد العملية.

كما وأوضحت لي مخاطر ومضاعفات الإجراء الأساسي، بما في ذلك نزيف كبير، والعدوى في المهبل أو الحوض، تضيق عنق الرحم، وإصابة الأنسجة المجاورة مثل المهبل والمثانة أو القولون.

كما أوضح لي حول إمكانية إجراء جراحة إضافية لعلاج هذه المضاعفات. وأنا أدرك أن بعض من النساء اللواتي حملن بعد الانتهاء من استئصال مقطع نسيج من عنق الرحم بواسطة حلقة كهربائية، لقد أنجبن أطفالهن في وقتٍ مبكر عن مدة الحمل الطبيعية وبوزن منخفض عند الولادة مقارنة مع النساء اللواتي لم يخضعن لهذه العملية.

بالإضافة الى ذلك، أنا أصرح وأؤكد بهذا بأنني تلقيت شرح وفهم إمكانية أنه أثناء الجراحة أو بعدها، سيكون من الضروري توسيع نطاق العملية الجراحية أو إجراء تغيير ما أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ حياة أو منع حدوث اي ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية أخرى مثل وقف النزيف الواسع النطاق أو علاج الإصابات في الأعضاء المجاورة، أو غيرها من الإجراءات التي لا يمكن التنبؤ بها الآن، ولكن تم شرح أهميتها بالنسبة لي.

لذلك، أنا أوافق على مثل هذا التوسيع، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية.

لقد أوضح لي أنه اذا تم تنفيذ العملية الأساسية تحت التخدير العام / الناحي / انسداد عصبي. سيتم إعطاء شرح مفصّل لي عن طريقة التخدير من قبل اختصاصي التخدير.

اذا كان سيتم اجراء الفحص تحت تأثير التخدير الموضعي، أنا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد وبعد أن شرح لي عن مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك الإصابة بالحساسية بدرجات مختلفة بسبب المخدر ومضاعفات استخدام المسكنات والتي نادرًا ما قد تسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي وإلى اضطرابات في عمل القلب، خاصة بين مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

معلوم لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، في أثناء العملية الجراحية قد يشارك جزء من الطلاب بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بموجب هذا بأن العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية سوف يتم تنفيذها من قبل كل من يتم تعيينه للقيام بذلك وفقًا للإجراءات والأحكام المتبعة في المركز الطبي، ولا يوجد هناك ضمان لاتخاذها كليًا أو جزئيًا، من قبل شخص معين وأن يتم تنفيذها بمسؤولية تامة فقط ووفقًا للقانون.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء العملية الجراحية / العلاج الأساسي.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תאריך | שעה | חתימת המטופל |

 التاريخ الساعة توقيع المريض/ة

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגומדבקת המטופל |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם אפוטרופוסקירבה למטופל) | חתימת אפוטרופוס(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) |

 إسم الوصي توقيع الوصي

 (القرابة مع المريض/ة (في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)

أنا أؤكد بذلك أني شرحت شفهيًا **للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة** جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيري بشكل تام.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם הרופא (חותמת) | חתימת הרופא | תאריך ושעה |

اسم الطبيب (ختم) توقيع الطبيب التاريخ والساعة

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם המתרגם/ת | קשריו לחולה |

 اسم المترجم/ة صلته بالمريض