|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

גרסה 05/18  
نسخة 05/18

טופס הסכמה ל- نموذج موافقة لـ-

**ניתוח תיקון צניחת עפעף / עפעפיים  
جراحة تصحيح ارتخاء وتدلّي الجفن/الجفون  
 Upper eyelid / eyelids ptosis repair**

الهدف من الجراحة هو رفع الجفن العلوي من جانب واحد أو على الوجهين لتحقيق تحسن في المجال البصري العلوي و / أو الحد من عدم التماثل للجفن الثاني.

سيتم إجراء الجراحة باستخدام المقاربة الأمامية من خلال شق الجفن مع أو بدون إزالة الجلد الزائد/ عضلة فتح وإغلاق الجفن(أوربيكولريس)/ دهون البقر- النسيج الضام الدهني، من خلال تعزيز أو ثني أو تقصير العضلة الرافعة Levator – Lavator muscle / aponeurosis advancement / plication / resection] مع أو بدون حدوث تجعد في الجفن.

أو من خلال الوصول من الخلف لإزالة نسيج الملتحمة/ أو عضلة الجفن العلوي Muller / هيكل عظمي الثابت في الجفن - تيريزوس -– Muller muscle conjunctival resection / fassanella servat procedure مع أو بدون استخدام مشبك التدلي ptosis clamp / putterman clamp.

הניתוח יבוצע בעין: **ימין** / **שמאל**

سيتم إجراء الجراحة في العين: **اليمنى** / **اليسرى**

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים(

طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية: (أحط بدائرة الطريقة المناسبة)

**ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**

**بدون تخدير / عام / جانب / موضعي**

**שם המטופל/اسم المريض:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה اسم العائلة** | **שם פרטי الاسم الشخصي** | **ת.ז. رقم بطاقة الهوية** | **שם האב اسم الأب** |

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחה اسم العائلة** | **שם פרטי الاسم الشخصي** |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך التاريخ** | **שעה الساعة** | **חתימת המטופל توقيع المريض** |

الحاجة الى إجراء جراحة تصحيح الجفن/الجفون.

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

كذلك، تلقيت شرحًا حول البدائل العلاجية الناجحة وأقل استخداما لمعالجة حالتي مثل: استخدام نظارات مع دعامات للجفن، وتجنب الجراحة أو استخدام قطرات.

أنا أصرح وأؤكد بذلك أنه تم ابلاغي بالآثار الجانبية بما في ذلك: نزيف موضعي، الأضرار التي قد تصيب العين وضعف البصر أو الرؤية، تفاقم في جفاف العين أو ظهور جفاف جديد، وعدم الراحة، والألم، والدمع، واحمرار في العين والشعور في الحكة، سحب الجفن، تصحيح بقية الجفن (سحب الجفن) أو إصلاح في حال وجود نقص (ارتخاء في بقية الجفن) ، ظهور أو تفاقم تدلى وارتخاء الجفن الثاني (عن طريق جراحة أحادية الجانب)، عدم القدرة على إغلاق العينين (عين أرنبية)، وعدم تناسق بين الجفنين، اضطراب وتشوه شكل الجفن (contour deformity), يعتمد الجفن على النظر الى أسفل (lid lag), انشاء ناسور (Fistula) بسماكة جفن كامل، وذمة الجفن لفترة طويلة وفي حالات نادرة ، قد يتطلب اتلاف الجفن في وقت لاحق إعادة بناء الجفن أو إجراء عمليات جراحية إضافية أخرى. من الممكن أيضًا حدوث تغيير لون الجلد حول العينين. وربما قد يحدث احمرار في العينين وتآكل في القرنية.

وبالإضافة إلى ذلك قد يكون من الضروري تغيير الانكسار (عدد) بما في ذلك الحاجة إلى ملاءمة نظارات جديدة.

لقد اتضح لي، وأنا أفهم ذلك، أنه احتمال أثناء إجراء اصلاح تدلي وارتخاء الجفن/الجفون قد يتبين أن هناك حاجة لتنفيذ إجراءات علاجية لإجراء عمل جراحي مثل: الانتقال من تقنية الى أخرى (من تلك المذكورة أعلاه) بسبب عدم الاستجابة أو النزيف، ووقف العمل بسبب النزيف بدون توقف، واستخدام العدسات اللاصقة لحماية القرنية.

كذلك، تلقيت شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة. بما في ذلك: تلف العين وضعف البصر أو الرؤية، تفاقم في جفاف العين أو حدوث جفاف جديد، إصلاح بقية العين (سحب الجفن) أو إصلاح في حال وجود نقص (ارتخاء وتدلي في بقية الجفن) ظهور أو تفاقم في تدلي وارتخاء الجفن الثاني، (جراحة أحادية الجانب)، عدم القدرة على إغلاق العينين بشكل كامل ولفترة طويلة (عين أرنبية)، وعدم التناسق بين الجفنين، اضطراب lid انشاء ناسور (فيستولا) بسماكة جفن كامل، ووذمة في الجفن لفترة ,(lid lag),يعتمد الجفن في النظر الى أسفل (contour deformity)وتشوه شكل الجفن طويلة وفي حالات نادرة، قد يتطلب تلف الجفن إعادة بناء الجفن في وقت لاحق أو إجراء عمليات جراحية إضافية أخرى. من الممكن أيضا حدوث تغيير في لون الجلد حول العينين. قد يظهر احمرار في العينين وتآكل في القرنية. بالإضافة الى ذلك، قد يكون من الضروري تغيير الانكسار (عدد) بما في ذلك ضرورة ملائمة نظارات جديدة.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب هذا، أنني تلقيت شرحًا وأنا أفهم ذلك، أن هناك احتمال أثناء إجراء إصلاح تدلي وارتخاء الجفن/الجفون قد يتبن أن هناك حاجة بتوسيع نطاق أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها لإنقاذ الأرواح، أو منع أي ضرر جسدي.

لذلك, أوافق أيضا على توسيع أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات التي سيكون من الضروري في نظر الأطباء في المستشفى أو ضرورية خلال الجراحة / العلاج الأساسي.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה **כללית / אזורית / חסימה עצבית**   
ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

كما أوضح لي أنه إذا تم إجراء العملية تحت تأثير التخدير **العام / جانبي / انسداد عصبي**

سيتم إعطاء شرح لي حول التخدير من قبل أطباء التخدير.

إذا تم إجراء جراحة إصلاح جفن العين / الجفون تحت تأثير التخدير الموضعي. فأنا موافق/ة على اجراء الجراحة تحت تأثير التخدير الموضعي مع أو بدون الحقن في الوريد من المهدئات بعد أن أبلغت بمخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك الإصابة بالحساسية بدرجات متفاوتة بسبب التخدير والمضاعفات المحتملة للمهدئات والذي نادرًا ما يسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي وعدم انتظام ضربات القلب، لا سّيما في مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

معلومٌ لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء العملية الجراحية في المراقبة والإشراف الكامل.

وأنا أعلم وأوافق على أن جراحة تصحيح تدلي وارتخاء الجفن / الجفون وكافة الإجراءات الرئيسية سوف يتم تنفيذها من قبل الشخص الذي سيتم تكليفه بذلك وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي. وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم اجراؤها كليًا أو جزئيًا من قبل شخص معين، شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المؤسسة مع مراعاة القانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

أنا أعطي موافقتي بموجب ذلك بإجراء هذا العمل الجراحي الرئيسي:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך التاريخ** | **שעה الساعة** | **חתימת המטופל توقيع المريض** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס (קירבה למטופל) اسم الوصي  (صلة القرابة مع المريض)** | **חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) توقيع الوصي  (في حال قاصر أو غير كفؤ أو مختل عقليا)** |

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת) اسم الطبيب (ختم)** | **חתימת הרופא توقيع الطبيب** | **תאריך ושעה التاريخ والساعة** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת اسم المترجم/ة** | **קשריו לחולה  صلته بالمريض (ة)** |