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

גרסה 11/16

טופס הסכמה ל - نموذج موافقة ل- نسخة 11/16

**ניתוח הטרייה/קטיעה**

**جراحة التنضير/ بتر**

**Orthopedic Debridement\Amputation Surgery**

تنضير جراحة العظام هو إجراء عمل جراحي تهدف الى إزالة أنسجة الجسم الميتة و/ أو الأجسام الغريبة والأنسجة التي قد تسبب العدوى و/أو قد تم بالفعل إصابتها بالعدوى, وللحد من خطر الإصابة بالعدوى النظامية التي تشكل خطرا على الحياة. قد يكون نطاق عملية التنضير واسع جدا من حيث حجم الأنسجة التي سيتم إزالتها والتي قد تؤثر سلبا على أداء الأنسجة السليمة على ضوء نقص الأنسجة السليمة.

بتر الأطراف هو عملية جراحية المطلوب إجراؤها بسبب مرض محلي أو نظامي. في هذه العملية يتم إزالة جزء من الأطراف وفي حالات نادرة يتم إزالته بشكل كامل, بحسب حجم النسيج الذي يتطلب الإزالة. عادة ما يتم إجراء بتر في منطقة الأنسجة السليمة بحسب البعد المخطط له فوق منطقة الأنسجة المتضررة, للحفاظ على هوامش سليمة وحيوية. واحتمال ظهور جذع خلال العملية.

تتم العمليات عادة تحت تأثير التخدير العام أو المحلي.

**שם החולה:**

**أسم المريض/ة:**

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

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

اسم العائلة الاسم الشخصي بطاقة الهوية اسم الأب

أنا أصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحا مفصّلا وشفهيا من الطبيب:

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

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

اسم العائلة الاسم الشخصي

بشأن الحاجة الى إجراء تنضير في منطقة**:**

|  |
| --- |
|  |

بإجراء عملية بتر في :

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

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

في اسفل:

|  |
| --- |
|  |

فوق ال- :

|  |
| --- |
|  |

يرجى وضع دائرة حول الجانب المناسب : يمين/ يسار.

فيما يلي: "العملية الجراحية/ العمل الجراحي الأساسي/ة".

كذلك تلقيت شرحا حول البدائل العلاجية المتاحة لعلاج حالتي المرضية.

تلقيت شرحا عن الاثار الجانبية "للعماية الجراحية/الإجراء الأساسي/ة" بما في ذلك الألم وعدم الراحة التي من شأنها أن تتطلب علاج دوائي. كذلك, سيكون من الضروري, كما هو معروف, بإجراء علاج طبيعي لإعادة التأهيل بعد العملية لفترات قد تستغرق أسابيع و/أو أشهر وأحيانا إجراء تثبيت داعم في الطرف لفترة طويلة من الزمن.

كما وأوضح لي بشأن المضاعفات والمخاطر المحتملة بما في ذلك: التلوث المحلي في منطقة العملية الجراحية الأساسية, وتلف الأوعية الدموية, إصابة العصب الحركي أو الحسي , إصابة الحس الجلدي – السطحي تنميل الجلد, وكسور جينية المنشأ , متلازمة الألم المعقد وغير المبرر (Complex Regional Pain Syndrome – CRPS ) أو الألم "فانتوم" (ألم في الأطراف المبتورة), جلطات الدم في الأوردة العميقة في الأطراف, الانسداد الرئوي واسترواح الصدر. هذه المضاعفات غير شائعة ولكنها تتطلب عدة أشهر من العلاج.

كما أوضح لي أن المضاعفات قد تتطلب علاجات إضافية أو مزيد من العمليات الجراحية لتصحيح هذه المضاعفات، وسيبقى الضرر حتما قائما بشكل دائم لا يمكن إصلاحه.

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 أو غيرها من الإجراءات التي لا يمكن التنبؤ بها الآن، أو تأكيدها بشكل كامل ولكن تم شرح أهميتها بالنسبة لي. لذلك، أنا أوافق على مثل هذا التوسيع، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية.

لقد أوضح لي أنه سيتم تنفيذ العملية الأساسية تحت التخدير العام / الناحي / وسيتم 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 نادرا ما قد تسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي والى اضطرابات في عمل القلب, خاصة بين مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

|  |
| --- |
|  |

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

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 وفقا للإجراءات والأحكام المتبعة في المركز الطبي, ولا يوجد هناك ضمان لاتخاذها, كليا أو جزئيا, من قبل شخص معين وأن يتم تنفيذها بمسؤولية تامة فقط ووفقا للقانون.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء العملية الجراحية / العلاج الأساسي.

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

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

التاريخ الساعة توقيع المريض/ة

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

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

اسم الوصي توقيع الوصي

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה** (נא להקיף בעיגול) 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/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