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

גרסה 11/16

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

**ארתרוסקופיה של הכתף**

**تنظير الكتف**

**Arthroscopy of the Shoulder**

يتم إجراء عملية تنظير الكتف من أجل تشخيص و/أو جراحيا لعلاج الضرر أو الاصابات أو الأمراض, أو عمليات تنكسية. بالإضافة الى إزالة المادة والنسيج من المفصل لغرض إجراء التحاليل المخبرية المختلفة. خلال العملية يتم إدخال عدة أجهزة من خلال الثقوب الصغيرة (10-5 ملم) في الجلد. وتشمل الأجهزة على معدات بصرية التي تسمح برؤية وتصوير منطقة الفحص بما في ذلك أجهزة التي تسمح بإجراء عمليات في المفصل, مثل: حفر قنوات صغيرة, وعمل غرز صغيرة, زرع مراسي صغيرة, تجليخ واستئصال النتوءات العظمية, استئصال الأنسجة التالفة, وأخذ أنسجة لفحصها في المختبر.

يتم إجراء العملية عادة تحت تأثير التخدير العام أو الناحي.

**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 شرحا مفصّلا وشفهيا من الطبيب:

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

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

 اسم العائلة الاسم الشخصي

الحاجة إلى إجراء المنظار في الكتف اليمين / اليسار لغرض:

|  |
| --- |
|  |

فيما يلي: "عملية جراحية رئيسية".

كما وأوضح لي حول البدائل العلاجية المتاحة لعلاج حالتي.

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

أنا اصرّح / وأؤكد / بموجب هذا بأنني تلقيت شرحا عن الأثار الجانبية للعملية الأساسية، بما في ذلك: الألم وعدم الراحة، وتورم في مفصل الكتف والحد من نطاق الحركة في الكتف. ومن الضروري أيضا، وكالعادة، إجراء العلاج الطبيعي

لإعادة التأهيل في فترة ما بعد الجراحة وغالبا ما تحتاج الى إصلاح الأطراف في النسيج على مدى عدة اسابيع.

كما وأوضح لي حول المضاعفات والمخاطر المحتملة، بما في ذلك العدوى، وتلف الأوعية الدموية، وإصابة العصب الحركي أو العصب الحسي، تنميل في الجلد في ذراع العظم الخارجي¸ كسور عظام الكتف، الترقوة والذراع، وتمزق الأربطة، وتلف الغضروف، أو تلف الأنسجة الأخرى في مفصل الكتف والمناطق المحيطة بها، وإلحاق أضرار بالمفصل الناجمة عن الجراحة نفسها،

متلازمة الألم المعقدة وغير المبررة (CRPS = Complex Regional Pain Syndrome), جلطات الدم في الأوردة العميقة في الطرف والانسداد الرئوي، استرواح الصدر. هذه المضاعفات نادرا ما تحدث. كما وأوضح لي أنه قد يكون هناك حاجة لإجراء عمليات جراحية إضافية اللازمة لتصحيح هذه المضاعفات ومن المحتمل جدا أن يبقى هذا الضرر دائم لا يمكن إصلاحه.

كذلك, أوضح لي أنه بعد إجراء عملية جراحية لإصلاح وخياطة التمزق أو إجراء عملية جراحية لإصلاح وخياطة الأوتار هناك خطر تكرار التمزق الأمر الذي قد يتطلب إعادة إجراء جراحة مرة اخرى. كما وأوضح لي أنه قد تحتاج الى توسيع نطاق العملية الجراحية بطريقة الوصول الحر المفتوح عن طريق أرتروطوميا (فتح مفصل الكتف من خلال مقطع عرضي كبير) لعلاج الاصابة أو الضرر بحيث لا يمكن إجراء ذلك من خلال التنظير وحده فقط.

أنا أصرّح / وأؤكد / بموجب هذا بأنه قد أوضح لي وأنا أفهم ذلك / أنه هناك احتمال خلال العملية الأساسية وجود حاجة لتوسيع نطاق العملية الجراحية أو تغييرها أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ حياة أو منع أي ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، لا يمكن التنبؤ بها بالتأكيد أو كاملة ، ولكن وأوضح معناها بالنسبة لي. لذلك، وأنا موافق / ة لهذا التوسيع، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية.

كما وأوضح لي أنه إذا تم إجراء العملية الجراحية تحت التخدير العام سيتم تزويدي بالمعلومات حول التخدير من قبل أخصائي التخدير.

 اذا كان سيتم اجراء عملية جراحية تحت تأثير التخدير الموضعي, فأنا أوافق أيضا على اجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد وبعد أن شرح لي حول المخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك الحساسية لمواد التخدير بدرجات متفاوتة والمضاعفات المحتملة نتيجة استخدام الأدوية المهدئة التي نادرا ما تسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي واضطرابات في وظائف القلب خاصة لدى مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

معلوم لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على انتساب جامعي, في اثناء العملية/العملية الجراحية قد يشارك جزء من الطلاب في المراقبة والاشراف الكامل.

أنا اعلم واوافق بان العملية الجراحية وجميع الاجراءات الأخرى سوف يتم تنفيذها من قبل كل من يتم تعيينه للقيام بذلك وفقا للإجراءات والأحكام المتبعة في المستشفى, ولا يوجد هناك ضمان لتنفيذها كليا أو جزئيا, من قبل شخص معين, وان يتم تنفيذها بمسؤولية تامة فقط في المؤسسة ووفقا للقانون.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء العملية/ العملية الجراحية الرئيسية.

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

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

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

 التاريخ الساعة توقيع المريض

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

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

 اسم الوصي توقيع الوصي

 (صلة القرابة بالمريض/ة) ( في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)

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/ة