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

גרסה 11/17

 نسخة 11/17

טופס הסכמה ל نموذج موافقة ل-

# חיתוך "לשון קשורה"

**قص "اللسان المربوط"**

**Lingual Freulotomyn**

عادةً ما يتم إجراء الجراحة/ عملية قص "اللسان المربوط"، عندما يكون النسيج الذي يربط اللسان مع أرضية الفم قصيرًا جدًا ويقيد حركة اللسان في التجويف الفموي أو خارج تجويف الفم. الأمر الذي قد يؤثر سلبًا على قدراتهم الكلامية واضطرابات في النطق وحتى على قدرتهم على الرضاعة واضطراب في ترطيب الشفاه بما في ذلك، تقييد رفع اللسان إلى سقف الفم وبالتالي يخلق مشاكل في تقويم الأسنان.

يتم إجراء القص بالمقص أو السكين أو الليزر، وأحيانًا بالبلاستيك المحلي من الغشاء المخاطي.

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 / ناحي / موضعي**

عادةً ما يتم إجراء الجراحة/ العملية بدون تخدير أو عن طريق التخدير الموضعي (لدى الأطفال الرضع حديثي الولادة), أو بالتخدير الموضعي لدى الأطفال قبيل ظهور الأسنان لديهم أو المراهقين والبالغين) أو تحت التخدير العام (عند الأطفال الأكبر سنًا أو في التخدير الموضعي عند الحريديم).

**שם המטופל: اسم المريض:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחהاسم العائلة** | **שם פרטיالاسم الشخصي**  | **ת.ז.رقم بطاقة الهوية**  | **שם האבاسم الأب** |

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחהاسم العائلة**  | **שם פרטיالاسم الشخصي**  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריךالتاريخ**  | **שעהالساعة** | **חתימת המטופל / אפוטרופוסتوقيع المريض / توقيع الوصي** |

حول الحاجة الى قص غشاء اللسان "فيرنولوم" – نسيج جلدي رقيق الذي يصل أسفل اللسان بأسفل الفم وهو قصير بشكل غير طبيعي (فك اللسان المربوط) ( فيما يلي: "الجراحة الرئيسية").

أصرّح وأؤكد بموجب ذلك بأنني قد تلقيت شرحًا مفصلًا حول عدم إجراء العملية الرئيسية التي تتطلب تغذية عبر الزجاجة، ومعالجة لدى طبيب التواصل بسبب اضطرابات في النطق وعدم القدرة على الكلام ومعالجات تقويم الأسنان في المستقبل.

وقد أوضح لي أن هناك حالات يكون فيها إعادة اجراء عملية جراحية بشكل ضروري بسبب عدم كفاية القطع والندوب المحلية.

أنا أصرح وأؤكد أنني أبلغت بالآثار الجانبية فيما يتعلق بالعملية الرئيسية، حول الألم وعدم الراحة والنزيف الموضعي البسيط.

بالإضافة لذلك، تلقيت شرحًا مفصلًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة للعملية الرئيسية، بما في ذلك : النزيف الفوري أو نزيف لاحق الذي قد يتطلب إجراء عمل جراحي في غرفة العمليات لوقف نزيف الدم أو نقل الدم وعوامل التخثر. تلف الأسنان أو الشفاه أو اللثة أو اللسان أو البلعوم. تلف أنبوب / أنابيب الصرف من الغدة اللعابية تحت الجلد التي قد تتطلب جراحة تصحيحية في حالات نادرة، قد يحدث تندب في منطقة الجراحة، مما قد يجعل اللسان أكثر ضيقاً وقد يتسبب في تفاقم تقييد في تحريك اللسان حيث يتطلب جراحة تصحيحية.

أصرّح وأؤكد / بموجب هذا أنه قد شرح لي وأنا أفهم بأنه هناك احتمال أثناء الجراحة أي أثناء العلاج الأساسي الحاجة إلى توسيع نطاق أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها لغرض إنقاذ حياة أو منعًا للأضرار الجسدية. لذلك، أوافق أيضًا على توسيع أو تعديل أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات التي ستكون ضرورية في رأي الأطباء في المستشفى أو لازمة خلال الجراحة / العلاج الأساسي.

لقد أوضح لي أنه إذا تم إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام، فسيُعطى لي مخدر من قبل طبيب التخدير.

إذا تم إجراء الجراحة تحت تأثير التخدير الموضعي، فأنا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد 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 سيما في مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

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

وأنا أعلم أنه يجب علي إبلاغ الطبيب إذا كان المريض لديه حساسية / أو يشتبه في إصابته بالحساسية للتخدير الموضعي أو غيره من المواد المخدرة.

معلوم لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن أن يشارك الطلاب أثناء العملية الجراحية بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق على أن العملية الرئيسية وجميع الإجراءات الرئيسية الأخرى سوف يتم إجراؤها من قبل المسؤول عن ذلك، وفقاً للإجراءات والقوانين والتعليمات المعمول بها في المؤسسة, وأنه لم يتم التعهد لي بأن كل أو بعض منهم سوف يتم إجرائه من قبل شخص معين، شريطة أن يتم تنفيذها تحت 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:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריךالتاريخ**  | **שעהالساعة**  | **חתימת המטופלتوقيع 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 **למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל** 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 وقع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه/أنها فهم/ت تفسيري بشكل تام.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)اسم الطبيب (ختم)**  | **חתימת הרופאتوقيع الطبيب**  | **תאריך ושעהالتاريخ والساعة** |

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

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