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

גרסה 12/17

نسخة 12/17

טופס הסכמה ל- نموذج موافقة ل-

**כריתת טחורים / קשירת טחורים מונחית אולטרה סאונד /**

**קיבוע טחורים / פעולה לטחורים בלייזר
استئصال البواسير/ ربط البواسير بالموجات الصوتية الموجهة -الأولتراساوند / تثبيت البواسير/**

**جراحة البواسير بالليزر**

**HEMORRHOIDECTOMY / STAPLED HEMORRHOIDOPEXY / HEMORRHOIDAL ARTERY LIGATION / HEMORRHOID LASER PROCEDURE**

**ARTERY LIGATION**

هناك طرق جراحية مختلفة لعلاج البواسير ويتم إتخاذ قرار بشأن طريقة العلاج وفقًا للتقديرات الطبية ووفقًا للنتائج. يتم تنفيذ الجراحة من خلال فتحة الشرج.

يتم إجراء جراحة البواسير حيث يتم استئصال معظم أنسجة البواسير باستخدام جهاز إنفاذ حراري/جهاز الطاقة.

خلال الجراحة يتم ربط البواسير عن طريق الموجات فوق الصوتية الموجهة (الألتراساوند) في الأوعية الدموية التي تغذي البواسير, يتم استخدام جهاز دوبلر لتحديد الشرايين التي تزود مباشرة بالبواسير وإغلاقها.

يتم إجراء عملية جراحية لتثبيت البواسير (PPH), عن طريق جهاز الدبابيس وبدون قطع الباسور بل يعيده إلى مكانه الصحيح في القناة الشرجية.

**جراحة البواسير بالليزر**: هناك نوعان من عمليات جراحة البواسير باستخدام الليزر حيث يتم استخدام الطاقة بشكل دقيق ويسمح بتفعيلها بطريقة مركزة دون الإضرار بالمنطقة . في العملية الأولى يتم تجديل الباسور عن طريق إدخال ألياف الليزر الى الباسور نفسه, وفي الثانية يتم استخدام جهاز دوبلر لتحديد الأوعية الدموية التي تصل إلى الباسور وحرقها بواسطة الليزر.

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**

**שם המטופל: إسم المريض:**

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

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

 **اسم العائلة الاسم الشخصي رقم بطاقة الهوية اسم الأب**

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

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

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

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

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

 **اسم العائلة الاسم الشخصي**

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

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

 **التاريخ الساعة توقيع المريض**

حول الحاجة إلى استئصال الباسور / ربط البواسير بالموجات فوق الصوتية الموجهة - الألتراساوند / تثبيت البواسير / استئصال الباسور بالليزر.

كذلك, تلقيت شرحًا عن البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي، العلاج المحافظ أو التقنيات الجراحية المختلفة لعلاج البواسير المذكورة أعلاه.

أنا أصرّح وأؤكد، بأنني تلقيتُ شرحًا عن الآثار الجانبية بعد الجراحة / العلاج / العملية الرئيسية بما في ذلك الألم وعدم الراحة مثل: نزيف أو ألم بعد العملية.

 وقد أوضح لي وأنا أفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء جراحة استئصال البواسير / ربط البواسير الموجه بالموجات فوق الصوتية - الألتراساوند/ تثبيت البواسير / جراحة البواسير بالليزر، فانه من الضروري اتخاذ إجراءات علاجية لتنفيذ العلاج مثل: تغيير طريقة التخدير في حالة حدوث نزيف حاد.

كذلك، تلقيتُ شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: النزيف الحاد، تضيق فتحة الشرج، تلف في عضلات العضلة العاصرة الداخلية التي قد تؤدي إلى خللٍ مؤقت أو دائم في العضلة العاصرة إلى درجة عدم التحكم في الغازات و / أو المخارج.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك، أنني تلقيتُ شرحًا وأنا أفهم أن هناك احتمال أنه خلال عملية استئصال البواسير/ربط البواسير الموجهة بالموجات الصوتية- الألتراساوند / تثبيت البواسير وجراحة البواسير بالليزر، قد يكون من الضروري توسيع نطاقه أو تغييره أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية والتي لا يمكن التنبؤ بها لغرض إنقاذ الأرواح أو منع وقوع أي ضرر جسدي، لذلك أوافق على توسيع أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الإجراءات التي في رأي أطباء المستشفى ستكون ضرورية أو ضرورية خلال الجراحة / العلاج الأساسي.

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

سيتم إعطاء شرح لي حول التخدير من قبل أطباء التخدير..

إذا تم إجراء عملية استئصال البواسير/ ربط البواسير الموجهة بالموجات الصوتية- الألتراساوند / تثبيت البواسير وجراحة البواسير بالليزر، ستتم تحت تأثير التخدير الموضعي، فانا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد بعد أن أبلغت بمخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي، بما في ذلك الاصابة بالحساسية بدرجات متفاوتة بسبب التخدير والمضاعفات المحتملة للمهدئات، والذي نادرًا ما يسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي وعدم انتظام ضربات القلب، لا سيما عند مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

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

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

أنا أعلم وأوافق بموجب ذلك على أن عملية استئصال البواسير/ ربط البواسير الموجهة بالموجات الصوتية- الأولتراساوند / تثبيت البواسير وجراحة البواسير بالليزر وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم تنفيذها من قبل شخص مسؤول ومعتمد وفقًا لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بتنفيذها، كليا أو جزئيا منها، شريطة أن تتم تحت طائلة المسؤولية المعتمدة مع مراعاة القانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

أنا أعطي موافقتي بموجب ذلك بإجراء هذا العمل الجراحي الرئيسي:

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

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

 **التاريخ الساعة توقيع المريض**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס****(הקרבה למטופל)****إسم الوصي****(صلة القرابة مع المريض)** | **חתימת האפוטרופוס(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)****توقيع الوصي****(في حال قاصر 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 شفهيًا للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة** جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه / أنها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه/أنها فهم/ت التوضيح بشكل تام.

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

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

 **إسم الطبيب (ختم) توقيع الطبيب التاريخ والساعة**

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

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

 **إسم المترجم/ة صلته بالمريض**