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

גרסה 05/18

نسخة 05/18

טופס הסכמה ל- نموذج موافقة ل-

**ניתוח שחזור צינור הדמעות עם או בלי סטנט**

**جراحة إعادة بناء القناة الدمعية مع أو بدون دعامة**

**Reconstruction of the lacrimal system with or without stenting**

الجهاز الدمعي ضروري في الأداء السليم لتصريف الدموع التي تحافظ على السطح الخارجي للقرنية. يتم جمع الدموع في كيس الدموع ومن هناك يتم فرزها في الأنف. الغرض من الجراحة هو الحفاظ على نظام الصرف المسيل للدموع بما في ذلك توسيعه إذا لزم الأمر والتأكد من عمله السليم عند الضرورة عن طريق القسطرة وزرع مؤقت.

يتم إجراء الجراحة عن طريق توسيع الأنبوب الموجود على الجفنين العلوي والسفلي بالقرب من الأنف والغسيل للتأكد من صحة النظام وفي بعض الحالات زرع أنبوب السيليكون الذي سيتم إزالته بعد فترة وجيزة حسب تقدير الجراح.

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 / ناحي / موضعي**

**שם המטופל: / اسم المريض:**

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריךالتاريخ**  | **שעהالساعة**  | **חתימת המטופלتوقيع المريض** |

الحاجة لإجراء جراحة لإعادة بناء القناة الدمعية مع أو بدون دعامة.

كذلك، تلقيتُ شرحًا حول البدائل العلاجية الحالية لمعالجة حالتي. اجراء جراحة لتجاوز نظام للدموع كليا أو ابقاء الوضع على حاله.

أنا أصرح وأؤكد بذلك، أنه تم ابلاغي بالآثار الجانبية بما في ذلك: الألم، عدم الراحة، حساسية في الجفون، ذرف الدموع التي ستزداد بعد الجراحة خلال فترة زرع الأنبوب ثم احمرار الجفون والملتحمة الذي يصاحبه إفرازات عرضية، شعور بالحكة في الجفون ونزيف في الجفون أو الأنف وتهيج الأنبوب من الغشاء المخاطي في الأنف أو الملتحمة.

لقد أوضح لي وأنا أفهم ذلك,، بأن هناك احتمال أثناء اجراء جراحة استعادة القناة الدمعية مع أو بدون دعامة، فقد يتبين أنه هناك حاجة لتنفيذ إجراءات علاجية من أجل تنفيذ العملية الجراحية مثل: التنبيب وانشاء التفاف حول القناة الدمعية وإزالة الحجارة من القنوات الدمعية.

كذلك تلقيت شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: تآكل القرنية (خدوش)، نزيف في العين أو نزيف في الأنف، العدوى حول الجفون أو في القنوات المسيلة للدموع، إصابة العين، سيولة الدموع بشكل دائم، الانسداد الدائم الذي يتطلب مزيدًا من الجراحة، حركة الأنبوب، سقوط الأنبوب أو فقدان الانبوب. وقد يتم ظهور حبيبات في الأنف وتشوه في الحاجز أو التعرض لإصابة غير قابلة للإصلاح.

أنا أصرّح وأقرّ بأنني قد أبلغت وفهمت أن هناك احتمالًا أنه خلال العملية لاستعادة القناة المسيل للدموع مع أو بدون دعامة، قد يتبين ان هناك ضرورة لتوسيع نطاق أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها لغرض إنقاذ حياة 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 التخدير **العام** / **ناحي** / **انسداد عصبي**

سيتم إعطاء شرح لي حول التخدير من قبل أطباء التخدير.

اذا تم اجراء جراحة استعادة القناة الدمعية مع أو بدون دعامة سوف يتم 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 سيما عند مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

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

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

أنا أعلم وأوافق على أن الجراحة لإعادة بناء القناة المسيلة للدموع مع أو بدون دعامة 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 المؤسس 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 **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/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)** |