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

גרסה 05/18

نسخة 05/18

טופס הסכמה ל- نموذج موافقة لـ

**ניתוח להרמת העפעף באמצעות מתלה לשריר הפרונטליס  
جراحة رفع الجفن باستخدام شماّعة في العضلة الأمامية  
 FRONTALIS SLING OPERATION**

الهدف من الجراحة هو رفع الجفن عن طريق إنشاء اتصال بين عضلة الحاجبين والجفن العلوي، وهو إتصال من شأنه تحسين نشاط عضلة الجفن التالف.

يتم إجراء العملية عن طريق نقل الزرع تحت الجلد بين العضلة الأمامية على الجبين والجفون لإجراء اتصال بينهما، وذلك عن طريق رفع الجبين. مصدر الغرسة هو واحد مما يلي بحسب تقدير الجراح:

* مادة عظمية مثل لفافة أو غشاء بطيء أو غشاء مؤقت – يتم استخراجه من المريض من مكان جراحة منفصل
* زرع بشري آخر من متبرع مثل لفافة أو غشاء بطيء.
* زرع خارجي: مادة السيليكون، خيط نايلون أو خيط حرير، أو مادة اصطناعية (غورتكس أو أي مادة اصطناعية أخرى).

يتم إدخال الغرسة أو الزرع الى داخل الجلد بواسطة إبرة تعلق على الزرع ويتم تمريرها تحت الجلد لإنشاء الوصلة تحت الجلد. وبعد أن يتم ربط الغرسة أو الزرع الغرسة، يقوم الجراح بفتح الجفن عن طريق رفع الجبين والحاجب، وإغلاق الجفن عن طريق إطلاق الحاجب والجبين.

من أجل إنشاء المفصلة تحت الجلد يتم إدخال إبرة وفي نهايتها يتم إدخال جهاز زرع يتم تمريره تحت الجلد ويمنح الجلد شكل شماعة متصلة تحت الجلد. في الحالات التي يكون فيها عدم وجود تنشيط جيد لعضلات الحاجب بسبب ضعف أو عدم تنشيط العضلات- فإن فرص نجاح الجراحة تكزن ضئيلة.

הניתוח יבוצע בעפעף עליון בעין: **ימין** / **שמאל**

سيتم إجراء الجراحة في الجفن العلوي في العين: **اليمين** / **اليسار**

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 / جانبي / موضعي**

**שם המטופל/ اسم المريض:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה اسم العائلة** | **שם פרטי الاسم الشخصي** | **ת.ז. رقم بطاقة الهوية** | **שם האב اسم 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 משפחה اسم العائلة** | **שם פרטי الاسم الشخصي** |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך التاريخ** | **שעה الساعة** | **חתימת המטופל توقيع المريض** |

الحاجة إلى جراحة رفع الجفن بواسطة تعليق العضلة الأمامية.

كذلك، تلقيت شرحًا حول البدائل العلاجية الحالية لمعالجة حالتي بما في ذلك تقصير العضلة الرافعة Levator)) والتي قد تكون مناسبة فقط لبعض الحالات. وفي حال عدم قيام العضلات بوظيفتها بالشكل السليم كما يجب، لا يوجد بديل جراحي مناسب. ومع ذلك، يمكن إبقاء الحالة سليمة كما هي بدون أي ضرر باستثناء تطور العين الكسولة عند الأطفال حيث لم يتطور بعد النظام البصري بشكل كامل.

أعلم أن هناك آثار جانبية محتملة بما في ذلك، الجفاف والنزيف وعدم القدرة على إغلاق العين والتورم والألم وتشوش الرؤية، قد يتطلب العلاج ببدائل المسيل للدموع أو غيرها من العلاجات.

لقد اتضح لي، وأنا أفهم ذك، أن هناك احتمال خلال إجراء جراحة رفع الجفن عن طريق تعليق العضلة الأمامية قد يتبين أن هناك حاجة لتنفيذ إجراءات علاجية لإجراء العمل الجراحي مثل: خياطة الجفن السفلي (فروست) لحماية العين، بخلاف الطريقة الجراحية لتصحيح الترهل والارتخاء بسبب الإفراز المتزايد.

كذلك، تلقيت شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: الجفاف الشديد، عدم إغلاق العين بشكل كامل، وخدش في القرنية مع أو بدون إصابة القرنية بالعدوى والتلوث الى درجة حدوث ضرر في القرنية لا يمكن إصلاحه، أو مظهر غير متناسق للجفن أو مظهر يختلف عن المظهر قبل الجراحة، وعدم التناسق في فتح الجفن، والتورم في منطقة الجراحة، وندبات الجلد والأورام الحبيبية (الكيسات تحت الجلد). قد يكون هناك عدوى في الزرع أو خروجها من الجلد أو تمزقها أو ضعفها - مما يتطلب تكرار الجراحة.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب هذا أنني تلقيت شرحًا وأنا أفهم ذلك، أن هناك احتمال أثناء العملية الجراحية لرفع الجفن بواسطة تعليق العضلة الأمامية قد يتبن أن هناك حاجة بتوسيع نطاق أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها لإنقاذ الأرواح، 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.

خروجها من الجلد أو تمزقها أو ضعفها - مما يتطلب إعادة إجراء الجراحة. والتي تتطلب إعادة إجراء العملية الجراحية.

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 تأثير التخدير العام / جانبي / انسداد عصبي**

سيتم إعطاء شرح لي حول التخدير من قبل أطباء التخدير.

اذا تم اجراء جراحة رفع الجفن بواسطة تعليق العضلة الأمامية 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

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

يسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي وعدم انتظام ضربات القلب، لا سيما في مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

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

أنا أعلم وأوافق على أن عملية رفع الجفن بواسطة تعليق العضلة الأمامية 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 المؤسسة مع مراعاة القانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

أنا أعطي موافقتي بموجب ذلك بإجراء هذا العمل الجراحي الرئيسي:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך التاريخ** | **שעה الساعة** | **חתימת המטופל توقيع 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/انها فهم/ت تفسيري بشكل تام.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת) اسم الطبيب (ختم)** | **חתימת הרופא توقيع الطبيب** | **תאריך ושעה التاريخ والساعة** |

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

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