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

גרסה 05/19  
نسخة 05/19

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة لـِ-

**ניתוח לכריתה לפרוסקופית של בלוטת האדרנל (יותרת הכליה)**

**جراحة استئصال الغدة الكظرية بالمنظار (الغدة الكظرية)  
Laparoscopic Adrenalectomy**

يتم إجراء الغدة الكظرية (ADRENALECTOMY) لعلاج مجموعة متنوعة من النتائج (أورام) ذات الطبيعة المختلفة (الحميدة والخبيثة، مع أو بدون إفراز هرمونات) أو في حالات الإفراط في نشاط الغدة دون تحديد الأورام.

اليوم، باستثناء حالة الأورام الخبيثة الكبيرة والمعقدة، يتم إجراء العمليات الجراحية بطريقة تنظيرية – أي بالمنظار – الغازية بالحد الأدنى.

צורת ההרדמה המלווה את הניתוח: **הרדמה כללית**

طريقة التخدير المناسبة المرافقة في هذه العملية **:التخدير العام**

يتم إجراء العملية الجراحية من خلال شقوق صغيرة في جدار البطن وباستخدام كاميرا تصوير فيديو للاسترشاد والتنظير. هناك خيار جراحي مماثل أيضًا عن طريق المنظار من خلال الورك وبدون الدخول إلى تجويف البطن (استئصال الغدة الكظرية خلف الصفاق - Retroperitoneoscopic Adrenalectom ).

في الجراحة، تتعرض الغدة عن طريق تحريك الأعضاء المحيطة ، بما في ذلك القولون، والطحال وذيل البنكرياس من اليسار أو الكبد والاثني عشر من اليمين. يتم فصل الغدة (مع وجود ورم داخلها، إذا كان هذا هو مؤشر لإجراء عملية جراحية) من الأنسجة والأعضاء المحيطة، يتم فصل الأوعية الدموية الشريانية والوريدية عن طريق استخدام دبابيس أو أجهزة الختم والقطع الخاصة بالأوعية الدموية. عندما يتم فصل الغدة تمامًا عن محيطها، يتم إدخالها في كيس يتم إحضاره إلى جدار البطن. عن طريق توسيع أحد الشقوق في الجلد، يتم سحب الكيس الى الخارج. بعد ذلك يتم فحص الموقع الجراحي للتأكد من انسداد الأوعية الدموية وعدم وجود نزيف. يتم أيضًا إزالة أنابيب العمل التي تُدعى بتصريف الصدر التي تم إدخالها في بداية العملية كما يتم خياطة الفتحات الموجودة في جدار البطن ويتم تدبيس الجلد باستخدام دبابيس أو غرز.

**שם המטופל: إسم المريض:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה**  **إسم العائلة** | **שם פרטי**  **الإسم الشخصي** | **ת.ז.**  **رقم بطاقة الهوية** | **שם האב**  **إسم الأب** |

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

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

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك بأنني تلقيت شرحًا مفصّلًا وشفهيًا من الطبيب/ البروفيسور:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחה إسم العائلة** | **שם פרטי الإسم الشخصي** |

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

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

عن الحاجة إلى إجراء عملية جراحية لاستئصال الغدة الكظرية عن طريق التنظير الباطني أو بالمنظار (فيما يلي: "العملية الرئيسية").

كما وأني تلقيت شرحًا حول البدائل العلاجية الحالية لمعالجة حالتي طالما هناك بدائل بما في ذلك، الإشراف أو من خلال العلاج الدوائي (مع الأخذ بعين الاعتبار التشخيص وإلى المدى الذي توجد فيه بدائل في ضوء الأدبيات الطبية الحالية). لقد اتضح لي أن هناك حالات تحتاج الى إجراء "**جراحة مفتوحة**" من خلال شق في جدار البطن. كذلك اتضح لي أنه من خلال طريقة التنظير بالمنظار هناك أيضًا إمكانية الانتقال إلى طريقة الجراحة المفتوحة بالمنظار عن طريق تنظير البطن وفقًا للنتائج أثناء العملية وبحسب تقديرات الجراّح (احتمالات تتراوح بين 4-5٪).

أنا أصرّح وأقرّ بموجب ذلك بأنه توضح لي بشأن الآثار الجانبية بعد العملية الجراحية بما في ذلك الألم.

لقد أبلغت أيضًا بالمخاطر والمضاعفات المحتملة (احتمال بنسبة 9-10٪) بما في ذلك: النزيف، العدوى، تلف الأعضاء المجاورة بما في ذلك الكلى، الطحال، البنكرياس، المعدة، الحجاب الحاجز والأمعاء الغليظة. قد تتطلب بعض هذه المضاعفات تدخلات و / أو عمليات جراحية فورية أو في وقت لاحق. كما توضح لي حول الحاجة إلى استمرار علاج الغدد الصماء ومراقبتها (وخاصة في حالة الأورام المفرزة) بما في ذلك توازن الدواء وتوازن ضغط الدم.

أصرّح وأقرّ بموجب ذلك، وأنا أفهم بأنه هناك احتمال أثناء العملية الجراحية الرئيسية بأن يكون هناك حاجة إلى توسيع نطاق أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها لغرض إنقاذ حياة أو منعا للأضرار الجسدية. لذلك أوافق أيضا 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 العملية الجراحية الرئيسية.

הוסבר לי שהניתוח מתבצע בהרדמה **כללית** והסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

كما توضح لي أنه سيم إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير **العام** وسوف يتم إعطاء شرح لي حول التخدير من قبل طبيب التخدير.

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

لقد اتضح لي أنه أثناء العملية أو بعدها قد يكون من الضروري إجراء نقل للدم أو منتجات الدم.

معلومٌ لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائزٌ على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج في المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وموافق/ة بموجب ذلك على أنه سيتم إجراء فحص المسح القفوي سوف يتم تنفيذها من قبل الشخص الذي سيتم تكليفه بذلك وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي. وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجرائها، كليًا أو جزئيًا من قبل شخص معين شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المؤسسة ووفقًا للقانون

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

أنا أمنح موافقتي بموجب هذا بإجراء العملية الجراحية الرئيسية.

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

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

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

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

**إسم الوصي توقيع الوصي**

**(صلة القرابة مع المريض) (في حالة فاقد الاهل ، قاصر/ة، أو مريض/ة نفسيًا)**

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.

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا **للمريض/ة / للوصي على المريض/ة / لمترجم المريض** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه/أنها وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/أنها فهم/ت الشرح كاملًا.

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת**  **إسم المترجم/ة** | **קשריו למטופל**  **صلته بالمريض** |