

טופס הסכמה לניתוח אנדוסקופי של הסינוסים

نموذج موافقة لجراحة بالتنظير الداخلي للجيوب الأنفية

mdbka gadola

ESS / FUNCTIONAL ENDOSCOPIC SINUS SURGERY (FESS)

تُجرى العملية الجراحية بالتنظير الداخلي للجيوب الأنفية غالباً جراء أحداث التهابات الجيوب الأنفية المتكررة، التهابات الجيوب الأنفية المزمنة التي لا تستجيب للعلاج الدوائي، زوائد في الأنف وفي الجيوب، لا تنتهي بعلاج محفوظ. أحياناً، تُجرى العملية أيضاً بعد أورام، أكياس، أجسام غريبة، فطر. الهدف من الجراحة هو إزالة المرض وتحسين تصريف وتهوية الجيوب المريضة. يتقرر نطاق الجراحة بناءً على نتائج سريرية وصور أشعة، أثناء الجراحة.

تُجرى الجراحة بالوصول عبر الأنف دون جروح خارجية، بواسطة منظار داخلي، وهو جهاز ضوئي يتيح للجراح أن يرى عن قرب وبالتكبير، منطقة العملية الجراحية. بعد الجراحة، قد يُبقي الجراح سدادات قطنية في الأنف، مما يسبب عدم ارتياح.

أحياناً، هناك حاجة إلى دمج جراحة لتصليح انحراف حاجز الأنف / و/أو استئصال / تصغير القواعات.

تُجرى العملية الجراحية تحت تخدير عام أو موضعي.

اسم المتعامل/ة:

رقم الهوية / ت.ن.

اسم الأب / شم האב

الاسم الشخصي / شم פרט

اسم العائلة / شم משפחه

(שם המטופל/ת) اسم العائلة / شم مشפחه

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (د"ر)

الاسم الشخصي / شم פרט

اسم العائلة / شم משפחه

حول الحاجة إلى جراحة الجيوب الأنفية (על הצורך בניתוח הסינוסים) مع (عم) / بدون (בלתי)* جراحة حاجز الأنف، (ניתוח

מחיצת האף) مع (عم) / بدون (בלתי)* جراحة القواعات، في (ניתוח הקונכיות) الجانب (בצד)

(فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية"). بسبب (בשל)

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحال، وكذلك عن الأعراض الجانبية، وعن المخاطر والمضاعفات المرتبطة على هذه العلاجات.

شرح لي أن هناك حالات تكون فيها حاجة لتكرار الجراحة عقب تكرار المرض، إفرازات مزمنة، أو لم تتحقق نتيجة وظيفية مرضية. هناك حالات تُخطط فيها سلفاً أكثر من جراحة واحدة.

أصرح وأصادق بهذا أنه شرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الجراحية الأساسية، بضمنها: ألم و عدم ارتياح، وزيف خفيف من أطراف جرح العملية الجراحية.

كذلك، شرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من العملية الجراحية الأساسية، بضمنها: نزيف، تلوث في منطقة العملية، ندوب والت鱗فات بين مخاطيات الأنف أو الجيوب لدرجة الحاجة إلى تكرار الجراحة، إصابة حادة الشم، جفاف في الأنف، إصابة مقلة العين - ابتداء من مشكلة طفيفة مثل: نزيف خفيف أو هواء في الجفون وحتى، في حالات نادرة، إصابة عضلات الرؤية لدرجة العمى، إصابة القنوات الدمعية، إصابة أغشية الدماغ مع تسرب سوائل الدماغ أو السحايا، حالات نادرة جداً من إصابة داخل الدماغ. في حالات نادرة، قد تنتهي بعض المضاعفات بالموت.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.

أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية الجراحية الأساسية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاق العملية، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاقضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتأكيد أو بكمالها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضاً على تلك التوسيعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

MDBKA GIZLA

أعطي موافقتي بهذا أيضا لإجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن مواد مهدئة داخل الوريد بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمنها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير، المضاعفات المحتملة من استعمال الأدوية المهدئة، الذي قد يسبب، في أحيان نادرة، اضطرابات في التنفس واضطرابات في نشاط القلب، لاسيما لدى مرضى القلب ومرضى يعانون من اضطراب في الجهاز التنفسي.

شرح لي أن الجراحة تم تحت تخدير عام وسوف أتلقي شرعاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

أعلم وأوافق على أن تتم العملية الجراحية الأساسية وجميع الإجراءات الأخرى، بأيدي من يكفل بالقيام بذلك، بموجب أنظمة وتعليمات المؤسسة، وعلى أنه لم يُضمن لي بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأيدي شخص معين، وشربطة أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون.

أنا الموقع أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي أجرى العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أتفق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

توقيع المعالج/ة / ثتيمת המטופל/ת

الساعة / شעה

التاريخ / תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو معالج/ة، نفسانياً) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חוליה נפש)

اسم الوصي (القرابة) /
שם האפוטרופוס (קרבה)

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهياً للمعالج/ة (لمטופל/ת) / للوصي على المتعالج/ة (لأפוטרופוס של המטופל/ת)* كل ما ورد أعلى بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحني بكلمه.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתום/ה על הסכמתה בפני לאחר ששותכנעת כי הבני/ה את הסבר במלואם.

رقم الرخصة / מספר רישיון

التوقيع / ثתימה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ه

* اشطب/ي الزائد / מחק/י את המיותר