

כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית עקב שאת ממאירה

استئصال البروستاتا جذريا بسبب ورم خبيث

Radical Prostatectomy for Malignant Tumor

יتم إجراء هذه الجراحة في المرضى، لإزالة كاملة من البروستاتا والحوصلات المنوية بعد أن تم الكشف عن خزعة وُجِدَ بها ورم خبيث في البروستاتا.

يمكن إجراء استئصال البروستاتا بعدة طرق:

1. بطريقة الوصول الحر من خلال مقطع بطني - Radical Retropubic Prostatectomy
2. طريقة العجان من خلال مقطع تحت كيس الصفن وفوق فتحة الشرح - Radical Perineal Prostatectomy
3. عن طريق المنظار حيث يتم إدخال أدوات وأجهزة جراحية وكاميرا من خلال شقوق صغيرة في الجلد والجراح يقوم بإجراء جراحة بينما هو يرى منطقة العملية الجراحية على الشاشة ويمسك الأجهزة بيديه Laparoscopic Radical Prostatectomy - -
4. عن طريق المنظار وبمساعدة الروبوت - حيث يتم إدخال أذرع ميكانيكية عن طريق شقوق صغيرة في الجلد حيث يقوم الجراح بإجراء العملية الجراحية من خلال التشغيل عن بعد في أثناء النظر الى الشاشة - Robot Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy.

اختيار الطريقة الأكثر مناسبة لهذا الإجراء هو وفقاً لتقدير الجراح، واستناداً إلى الظروف الموضوعية ذات الصلة بالمريض ومرضه. وسوف يتم إبقاء القسطرة البولية ما بعد الجراحة لبضعة أيام إلى ثلاثة أسابيع أو أكثر حسب تقدير الجراح.

طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية: (أحط بدائرة الطريقة المناسبة)

بدون تخدير / عام / ناحي / محلي
שם החולה:

اسم المريض

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
اسم العائلة	الاسم الشخصي	بطاقة الهوية	اسم الأب

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

אני אصرח ואؤكد بذلك بأني تلقيت شرحاً مفصلاً وشفهياً من الطبيب:

שם משפחה	שם פרטי
اسم العائلة	الاسم الشخصي

החגה פי إجراء عملية استئصال جذري في البروستاتا بسبب ورم خبيث - Radical Prostatectomy for Malignant Tumor
 بطريقة _____ (فيما يلي : العملية الأساسية).

כذلك، تلقيت شرحاً عن طرق بديلة ممكنة من العلاج تبعاً للظروف والوضع الخاص بي، بما في ذلك المراقبة الفعالة، والإشعاع الخارجي، العلاج الإشعاعي الموضعي (العلاج الإشعاعي الداخلي) (الدواء، واحتمالات المخاطر التي تنطوي عليها كل من هذه العلاجات.

أصرح وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن النتائج المأمولة والآثار الجانبية للعملية الأساسية، بما في ذلك الألم وعدم الراحة، والنزيف، وحرق على طول مجرى البول، وشلل مؤقت في حركة الأمعاء (paralytic ileus)) والتبول اللاإرادي والعجز الجنسي. مدة تحقيق السيطرة على التغيير يختلف من مريض لآخر من الذين خضعوا للجراحة، ويمكن أن يستغرق فترة تصل الى مدة عام. أما بالنسبة العجز الجنسي يتوقع الإصابة بين المرضى بنسبة عالية وإعادة التأهيل الوظيفي قد تستمر لمدة تصل إلى سنتين. قطع حوصلات الحيوانات المنوية من كلا الجهتين هو جزء لا يتجزأ من العملية، وبالتالي سوف يؤدي إلى العقم. غرض إخصاب إنجاب الأطفال ربما لا يزال بطريقة التلقيح الصناعي.

עמוד 1 מתוך 2 כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית
 עקב שאת ממאירה

מדבקת המטופל

אيضاً، تلقيت شرحاً عن المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك التهاب في المسالك البولية والبروستاتا قد يتسبب في الحاجة إلى دخول المستشفى لتلقي العلاج والاستشفاء وسحب الدم من فتحة الشرج أو البول التي قد تصل في بعض الحالات يؤدي إلى الحاجة إلى دخول المستشفى للمراقبة. ونادراً ما يتطلب النزيف نقل دم أو عمل جراحي لوقف النزيف. بعد الخزعة قد يسبب إحتباس البول وعدم القدرة على التبول بشكل عفوي – الأمر الذي يتطلب تجفيف المثانة عن طريق القسطرة، لفترة معينة، ونادراً ما يؤدي إلى تلف في الأعضاء المجاورة وهذا ما يستوجب علاج جراحي.

المضاعفات المذكورة أعلاه قد يتطلب المزيد من التدخلات الغازية للتعامل معها. أنا أصرّح وأقرُّ بأنّي تلقيتُ شرحاً وأنا أفهم ذلك أن هناك إمكانية خلال التشخيص الرئيسي قد يتبين أن هناك حاجة لتوسيع نطاق التشخيص، سواءً كان تغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ الحياة، ومنعاً لحصول أي ضرر جسدي بما في ذلك إجراء عمليات جراحية إضافية أخرى لا يمكن التنبؤ بها مسبقاً، ولكن تم شرح معناها بالنسبة لي. وبذلك، أنا وأوافق على مثل هذا التعديل في التوسيع أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك عمليات جراحية أخرى ويرى الأطباء في المستشفى بأنها ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء العملية الرئيسية.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء العلاج الجراحي الرئيسي.

كما اتضح لي أنه إذا تم إجراء العملية تحت التخدير عام / ناحي / انسداد عصبي سيتم إعطاء شرح عن التخدير من قبل أخصائي التخدير.

الحساسية للمخدر ومضاعفات استخدام المسكنات والتي نادراً ما قد تسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي واضطرابات في وظائف القلب، خاصةً بين مرضى القلب ولدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي. معلومٌ لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، في أثناء العملية الجراحية قد يشارك جزء من الطلاب بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بأن الفحص وجميع الإجراءات الأساسية سوف يتم تنفيذها من قبل كل من يتم تعيينه للقيام بذلك وفقاً للإجراءات والأحكام المتبعة في المركز الطبي، ولا يوجد هناك ضمان لاتخاذها، كلياً أو جزئياً، من قبل شخص معين وأن يتم تنفيذها بمسؤولية تامة فقط ووفقاً للقانون.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء هذا العلاج الرئيسي.

תאריך תאריך	שעה الساعة	חתימת המטופל توقيع المريض
שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)	תوقيع الوصي (في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقلياً)
اسم الوصي (صلته بالمريض)		

أناؤكد بذلك أنني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيرتي بشكل كامل

שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
اسم الطبيب (ختم)	توقيع المريض	التاريخ والساعة

קשריו לחולה

صلته بالمريض

שם המתרגם/ת

اسم المترجم/ة

עמוד 2 מתוך 2 כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית
עקב שאת ממאירה