

מודג מווקفة: عملفة جراحفة لاسئصال الخشاء (MASTOIDECTOMY)

عظم الخشاء هو عبارة عن نتوء عظمي خلف الأذن، يحتوي على فضاءات هواء كثيرة تتصل بفضاء الأذن الوسطى. تُجرى العملية الجراحية لهدف استئصال وصرف التهاب مزمن، أو كتلة عصبية، وأحياناً من أجل معالجة التهاب حاد انتشر ووصل إلى عظم الخشاء. الأسباب الأقل انتشاراً التي تستدعي إجراء العملية الجراحية هي استئصال ورم، أو علاج لمرض منيير. يُضطرون، أحياناً، إلى إجراء سلسلة عمليات جراحية من أجل طرد المرض كله. هناك حالات تكون فيها العملية الجراحية مصحوبة، أيضاً، بتدخل جراحي في الأذن الوسطى وفي الغشاء الطلبي. إن تنظيف الخشاء من التلوث/ الكتلة العصبية/ الورم يتيح – لاحقاً، وبمقتضى الحاجة – إجراء عملية جراحية لترميم السمع. حجم العملية الجراحية، نوع العملية الجراحية، وإمكانية ملء فضاء الخشاء الخاضع للعملية للجراحية – يحددها الطبيب الجراح بموجب حجم المرض واعتبارات مهنية. تُجرى العملية تحت تأثير التخدير العام.

اسم المريض: _____

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	بطاقة الهوية
اسم العائلة	الاسم الشخصي		

أصبح بهذا وأصدق على أنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من د. _____

عن الحاجة إلى عملية جراحية لاستئصال الخشاء في الجانب _____ من أجل _____

(فيما يلي: "العملية الأساسية").

وضّح لي أنّ هناك حالات تستدعي إجراء عملية معادة في أعقاب معاودة المرض أو في أعقاب إفرزات مزمنة. قد يُخطط – من البداية – لإجراء أكثر من عملية جراحية واحدة. في العملية الجراحية التي يتكون فيها فضاء خشاء مفتوحاً تكون هناك حاجة إلى توسيع فتحة القناة السمعية. وضّح لي أنّه يُتوقع بقاء أثر جرح جراحي. شكل أثر الجرح متعلق بنوع جلدي وبصفات استشفائه. وهناك حالات تتطور فيها آثار جروح جذرية (أثار جرح سميكة وبارزة). وقد يتغير، أحياناً، موضع الأذن الخارجية.

أصبح بهذا وأصدق على أنّه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية. بما فيها: الألم في الأذن، إفرزات من الأذن، تراجع الإحساس في الأذن في منطقة إجراء العملية الجراحية، الألم عند المضغ، تغير محتمل في حاسة الذوق.

كما شُرح لي عن المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: الإدماء، التلوث، الطنين (الترميز في الأذن)، الدوخة في أعقاب مسّ الأذن الداخلية، الشلل المؤقت أو الدائم لعصب الوجه، تفاقم الخلل السمعي، الصمم، تمزق في أغشية الدماغ وتسرب سوائل قفصية، التهاب السحايا، الخراج في الدماغ، إدماء كثيف في أعقاب إصابة وعاء دموي كبير.

أنا على علم أن نقل الدم أو نقل أي من مكوناته مثل تركيز كريات الدم الحمراء، البلازما الطرية، تركيز صفائح الدم، والراسب القوي (كريوبريسيبيت) تعلى للمريض الذي يحتاجها عن طريق الوريد، وذلك خلال عملية جراحية أو علاج طبي آخر، أو بسبب مرض أو نقص دم أو نقص بأحد مكوناته. اعطاء الدم أو مكوناته يهدف لانتقاء الحياة، أو تحسين فرص الشفاء وعلاج المريض. الدم و/أو مكوناته المخصصة للنقل للمريض عبر الوريد يتم جمعها وفحصها قبل ذلك بشكل دقيق وفق الأنظمة التي وضعتها وزارة الصحة. كذلك، يتم فحص مطابقة وجبات الدم ومكوناته للمريض قبل أن يبدأ بأخذها عن طريق الوريد. مع ذلك، هناك احتمال صغير جداً بأن لا يكون تطابق كامل بين الدم و/أو مكوناته وجسم المريض ونتيجة لذلك يمكن أن يحدث رد فعل تحسسي لدى المريض يظهر على شكل ارتفاع في درجة الحرارة، ظهور طفح جلدي أو الإصابة بالارتعاش. يمكن علاج ردود الفعل هذه بنجاح. في أحيان نادرة يمكن أن يحدث رد فعل انحلالي (انهيار كريات الدم الحمراء) وهذا في الحالات الحادة يمكن أن يسبب الضرر لوظائف الكلى ويمكن أن يكون قاتلاً.

كذلك، ورغم حقيقة أن تحضير وجبات الدم ومكوناته وفحصها في بنك الدم تتم بالطرق الأحدث لتشخيص العدوى، فإن هناك امكانية لانتقال عدوى معينة لجسم المريض. هذه العدوى يمكن أن لا تظهر إلا بعد أشهر أو سنوات. احتمال العدوى بالتهاب الكبد الفيروسي – أو الايدز (فيروس نقص المناعة المكتسبة) – أيضاً وارد ولكنه نادر جداً.

مع ذلك، فإن الخطر على الحالة الصحية للمريض والناجم عن عدم نقل الدم أو مكوناته خلال العملية الجراحية أو العلاج الطبي هو أكبر بكثير من الخطر الناجم عن نقلها. الاخطار الناجمة عن عدم نقل الدم ومكوناته تتضمن زيادة وقت المكوث في المستشفى، فشل العلاج الطبي، مضاعفات طبية وحتى الموت في حالات معينة.

بناءً على ما ذكر أعلاه فإنني أوافق على أن تلقى دم عن طريق الوريد طالما تطلبت حالتني الصحية ذلك.

שם האדם: _____

כתובת العنوان: _____

חתימה התوقيع: _____

תאריך התאריך: _____

אעطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية. أصرح بهذا وأصدق على أنه شرح لي وأتني أفهم أن هناك إمكانية لأن يتضح - خلال العملية الأساسية - أن هناك حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسماني. بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقعها الآن بالتأكد أو بشكل كامل، لكن معناها وُضِح لي. وعليه، أنا أوافق. أيضًا، على ذلك التوسيع، التغيير، أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية. بما في ذلك إجراءات جراحية يعتقد أطباء المؤسسة أنها ستكون حيوية أو مطلوبة خلال العملية الأساسية. وُضِح لي أن العملية الجراحية تُجرى تحت تأثير التخدير العام، وأتني سأتلقى شرحًا عن التخدير من قبل طبيب التخدير. أنا أعلم وأوافق على أن تتم العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سئلقى عليه القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وإنه لم يُضمن لي أنها ستتم كلها أو أجزاء منها بيد شخص معين، شريطة أن تتم بالمسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

توقيع الوصي (في حال فاقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفساني)

اسم الوصي (القرابة)

أصدق على أنني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ها وقّع/ت موافقة أمامي. بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

*أشطب/ي الزائد