

نموذج موافقة: عملية جراحية لاستئصال الغدة اللعابية أسفل الحنك EXCISION OF SUBMANDIBULAR SALIVARY GLAND

غالبًا ما يتم تنفيذ العمليات الجراحية للاستئصال الجزئي أو الكامل للغدة اللعابية أسفل الحنك في أعقاب وجود التهاب مزمن في الغدة، أو اثر وجود حصاة تسدّ المصرف، أو لغرض استئصال ورم.

غالبًا ما تُجرى العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام.

اسم المريض/ة: _____

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	بطاقة الهوية
أُصِرَّ بهذا وأصدِّق على أنّي تلقّيت شرحًا شفهياً مفصلاً من د. _____ اسم العائلة		الاسم الشخصي	

عن الحاجة إلى استئصال الغدة اللعابية أسفل الحنك في الجانب الأيمن/الأيسر من أجل _____
 (فيما يلي: "العملية الأساسية").

وُضِحَ لي أنّ هناك حالات لا يكون ممكناً فيها استئصال الغدة كما هو مخطّط، وحالات من معاودة المرض الأصليّ تتطلب إجراء عملية جراحية أخرى/معاودة.

أُصِرَّ بهذا وأصدِّق على أنّه شُرح لي عن الأعراض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم والشعور بعدم الراحة، تراجع (مؤقت، غالبًا) الإحساس بجلد الرقبة والوجه.

وُضِحَ لي أنّه – في جميع الأحوال – سيظلّ هناك أثر جرح وتجويف في الرقبة. هذا وإنّ شكل أثر الجرح متعلق بنوع جلدي وبمواصفات استشفائه، حيث إنّ هناك حالات تتطوّر فيها آثار جرح جذريّة (آثار جرح سميكة وبارزة).

كما وُضِحَت لي المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: التلوّث، النزيف، إفراز اللعاب من جرح العملية الجراحية (الناصور – فيستولا)، ضعف أو شلل الرتج الأسفل من عصب الوجه، اضطراب في تحريك اللسان، اضطراب في حاسة الذوق، الشعور المتواصل بعدم الراحة، الشعور بالجفاف في الفم.

أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أُصِرَّ بهذا وأصدِّق على أنّه شُرح لي وأنّي أفهم أنّ هناك إمكانية لأن يتضح – خلال العملية الأساسية – أنّ هناك حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقّعها الآن بالتأكيد أو بشكل كامل، لكن معناها وُضِحَ لي. وعليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التغيير، أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك إجراءات جراحية يعتقد أطباء المؤسسة أنّها ستكون حيوية أو مطلوبة

خلال _____ العملية الأساسية

*أشطب/ي الزائد

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
 איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר



אנא עלی علم أن نقل الدم أو نقل أي من مكوناته مثل تركيز كريات الدم الحمراء، البلازما الطرية، تركيز صفائح الدم، والراسب القوي (كريوبريسيبيט) تعطى 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 بهدف إتقان 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 ألتقي دم عن طريق الوريد طالما تطلبت حالتني الصحية ذلك.

שם الاسم: _____

כתובת العنوان: _____

חתימה התوقيع: _____

תאריך التاريخ: _____

وُضِح لي أن العملية الجراحية تُجرى تحت تأثير التخدير العام، وأنتي سألتني شرحاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

إذا تم إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير الموضعي فإنه تُعطى لهذا موافقتي، أيضاً، على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن داخل الوريد لمواد مهدئة، بعد أن شُرح لي مخاطر وتعقيدات التخدير الموضعي، بما فيها رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة لمواد التخدير، والتعقيدات الممكنة لاستخدام الأدوية المهدئة، الذي يمكن أن يؤدي – في أحيان نادرة – إلى اضطرابات في التنفس وإلى اضطرابات في عمل القلب، وخصوصاً لدى مرضى القلب والمرضى المصابين باضطراب في جهاز التنفس.

أنا أعلم وأوافق على أن تتم العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سئلتني 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 شفهاً للمريض/ة /للوصي على المريض/ة* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ها/وقّع/ت موافقةً أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها/فهم/ت شروحي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

*أشطب/ي الزائد

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רפואי אף-אוזן-גרונ וכירורגיה של ראש צוואר

