

נומזג מוואקفة: عملفة جراحفة لإغلاق ثقب فف جلد طبلة الأذن (TYMPANOPLASTY)

و/أو لترمفم سلسلة عظام السمع (OSSICULOPLASTY)

الهدف من هذه العملية الجراحفة هو إغلاق ثقب فف جلد طبلة الأذن لمنع حدوث التهابات، لتحسفن السمع، ولتضع تعقفبات فف المءى البعفء، و/أو لاستعادة منظومة نقل السمع. تُجرى العملية الجراحفة مرورًا عن طرفق الأذن و/أو من خلال جرح خلف الأذن، هناك حاجة، أءفانًا، إلى حلق الشعر فوق الأذن وخلفها. الترففم المستخدم لإغلاق الثقب فف جلد طبلة الأذن يؤخذ، عادة، من غلاف عضلة الصءء. وأءفانًا من غضارف الأذن، وأءفانًا أخرى من ءهن شءمة الأذن، فف هذه الحالات قد تكون هناك حاجة إلى إءءات جرح آخر. نسبة النجاج فف زرع جلد طبلة الأذن لءى البالغفن تفوق الـ 90% ولءى الأطفال نحو 80%. لغرض ترمفم إصابة عظام السمع فف الإمكان زرع ترففم اصطناعف، غضروف، أو استخدام عظم سمع للمتعالج للخاضع للعملفة الجراحفة.

تُجرى العملية الجراحفة تحت تأفر التخفر العام أو الموضفف.

اسم المرفض/ة:

اسم العائلة	الاسم الشءصفف	اسم الأب	بطاقة البوءفة
_____	_____	_____	_____
اسم العائلة	الاسم الشءصفف	_____	
_____	_____	_____	

عن الحاجة إلى إءراء عملفة لرأب طبلة الأذن و/أو لرأب العظفمات فف الجانب _____ من أجل _____

(ففما فف: "العملفة الأساسية").

وُضء فف أن هناك حالات تستءمف معاودة العملية الجراحفة فف أعقاب عدم اسفعاب الترففم، أو لعدم النجاج فف ترمفم السمع. هناك حالات فُءطط ففها لأكثر من عملفة جراحفة واحدة، مسبقًا. ومن المءءل – أشهرًا وءق سنوات بعد ترمفم سمع ناجء – أن فءءرك الترففم من مكانه أو أن فنفلت، ونففة لذلك سفءءهور السمع، فف ساءتاج إلى الخضوع لعملفة جراحفة إضاففة.

وُضء فف أنه فف حال إءراء جرح خارجف سفظل هناك أفر جرح، شكل أفر الجرح مءلق بنوع جلءف وبصفافه الاسءشفاففة، كما أن هناك حالات تنطور ففها أثار جروح جءرفة (أثار جروح سمفكة وبارزة).

أصء بهذا وأصءق على أنه شرح فف عن الأعراض الجانبفة للعملفة الأساسية، بما ففها: الألم فف الأذن، السبات فف ومنطقة العملية الجراحفة، الألم عند المضغ، وفءفر مءءل فف ءامءة اللءق.

كما وُضءت فف الماخاطر والتعقفبات الممكنة للعملفة الأساسية، بما ففها: النزف، اللؤلؤ، الطنن (الرنفن فف الأذن)، إصابة الأذن الءافلفة الفف فمكن أن تؤءف إلى اللءقة. فف حالات ناءرة (نحو 1%) فمكن أن فظهر ءءهور فف السمع إلى ءرءة الصمم، إصابة عصب الءرة ناءرة جءًا، وءالبًا ما تكون مؤقءة، لكن فءءل حدوث إصابة ءائمة.

أعطف بهذا موافقف على إءراء العملية الأساسية.

أصء بهذا وأصءق على أنه شرح فف وأءف أفهم أن هناك إمكانفة لأن فءضء – خلال العملية الأساسية – أن هناك حاجة إلى توسفم نطاقها، إلى فءفرها، أو إلى اءءاء إءراءات أخرى أو إضاففة لغرض إنقاذ ءفاة أو لمنع ضرر جسمافف، بما فف ذلك إءراءات جراحفة إضاففة لا فمكن توقعها لأن بالءكفء أو بشكل كامل، لكن معناها وُضء فف، وعلفه، أنا أوافق، ففبًا، على ذلك التوسفم، الفءفر، أو الففام بإءراءات أخرى أو إضاففة، بما فف ذلك إءراءات جراحفة فءءق أطباء المؤسسة أنها ستكون ءفوفة أو مطلوبة خلال العملية الأساسية.

* أشءطب/فف الزاءء

ءءءرة لفنفر لءفول سفونفم برفوافة بع"م



אנא עליו علم أن نقل الدم أو نقل أي من مكوناته مثل تركيز كريات الدم الحمراء، البلازما الطرية، تركيز صفائح الدم، والراسب القوي (كريوبريسبييت) 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 إتيقاز 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 اتحالي (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 حالتي الصحية ذلك.

שם الاسم:

כתובת العنوان:

חתימה התوقيع:

תאריך التاريخ:

נעלם بهذا موافقتي، أيضاً، على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن داخل الوريد لمواد مهدئة، بعد أن شُرح لي مخاطرات 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 والمصابين باضطراب في جهاز التنفس.

وُضح لي أنه في حال إجراء العملية الجراحية تحت تأثير التخدير العام سألتقى شركاً عن التخدير من قبل طبيب التخدير.

أنا أعلم وأوافق على أن تنم العملية الأساسية وجميع الإجراءات الأساسية بيد من سئل على القيام بذلك، بموجب أنظمة المؤسسة وتعليماتها، وأنه لم يُضمن لي أنها ستتم كلها أو أجزاء منها بيد شخص معين، شريطة أن تنم 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 شُرحت شفهاً للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ها وقع/ت موافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

* أشطب/ي الزائد

* أشطب/ي الزائد

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ

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

