טופס הסכמה: ניתוח לכריתת זגוגית עם/בלי טיפול בהיפרדות רשתית

VITRECTOMY WITH/WITHOUT REPAIR OF RETINAL DETACHMENT

إستمارة موافقة: عمليَّة لاستئصال الزجاجيّة مع/من دون معالجة الانفصال الشبكيّ

تُجرى عمليَّة استئصال الزجاجيّة لغرض تمكين الضوء من الانتقال إ لى الشبكيّة في الحالات التي تكون فيها الزجاجيّة قد أصبحت كَدِرة نتيجة أمراض مثل السكّر، أو نتيجة حدوث نزيف في العين. حيث يتمّ في العملية استبدال نسيج الزجاجيّة بمادّة ملائمة.
هناك حالات يكون فيها الضَّرر الحاصل للزجاجيّة جزءًا من ضرر حاصل للشَّبكيَّة . **الانفصال الشَّبكيُّ** هو حالة تنفصل فيها الشَّبكيَّة عن مكانها، نتيجة إضرار خارجيٍّ، أمراض العَينين، أو أمراض كالسُّكَّر، فتصاب قدرتها على التقاط المثيرات البصريَّة . يتمُّ في هذه الحالات إجراء العمليَّة لهدف لصق الشَّبكيَّة بمكانها بطرائق مختلفة، مع دمج عمليَّة استئصال الزجاجيّة وحَقْن العين بمادَّة خاصَّة كبديل للزجاجيّة.
تُجرى العمليَّة، عادة، تحت تأثير تخدير موضعيٍّ أو عامٍّ.

اِسم المريض/ة/ שם החולה: _____

اِسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי	اِسم الأب/ שם האב	رَقْم الهُويَّة/ ת. ז.

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنَّني تلقَّيت شرحًا شفهيًّا مفصَّلاً من الدُّكتور/ة _____

اِسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי

عن الحاجة إلى إجراء عمليَّة لاستئصال الزجاجيّة في العين اليُمنى/ اليُسرى* مع/ من دون* عمليَّة لتصحيح انفصال شبكيٍّ (فيما يلي: "العمليَّة الأساسيَّة").
أصرّح وأقرُّ بهذا بأنَّه وُضِّح لي عدم وجود طرائق بديلة لمعالجة الحالة.
وُضِّحت ليَ النَّتائج المأمولة، كما وُضِّح لي أنَّ هناك احتمالاً لأن تكون في بعض الحالات، وذلك عندما تُجرى العمليَّة لغرض تصحيح الانفصال الشَّبكيِّ، أيضًا، إلى إجراء عمليَّة/ات إضافيَّة؛ لإرجاع الشَّبكيَّة إلى مكانها.
أصرّح وأقرُّ بهذا بأنَّني تلقَّيت شرحًا عن العوارض الجانبيَّة بعد العمليَّة، بما فيها الشُّعور بالألم وعدم الرَّاحة، الاحمرار والانتفاخ.
كما وُضِّحت ليَ المخاطر والمضاعفات المحتمَلة، بما فيها : الالتهاب، النَّزيف، التغيُّرات في العدسة التي ستستلزم تركيب نظَّارات أو تغييرًا في قياس نظَّارات سابق، هبوط الجَفْن، إزدواجيَّة الرُّؤية، التمزُّقات في الشَّبكيَّة، الانفصال الشَّبكيُّ، الضرر للعدسة وحتَّى الفقدان الك ليٍّ للبصر في العين وتقلّص بؤبؤ العين . إذا تضمَّنت العمليَّة، أيضًا، تصحيح انفصال شبكيٍّ فمن الممكن حدوث مضاعفات مثل الحَوَل، إرتفاع الضَّغط داخل العين، والنموّ السريع للغِشاوة البيضاء (كَتَرَكْت).
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العمليَّة الأساسيَّة.
كما أصرّح وأقرُّ بهذا بأنَّني تلقَّيت شرحًا، وبأنَّني أدرك أنَّ هناك احتمالاً لأن يتَّضح، في أثناء العمليَّة الأساسيَّة، وجود حاجة إل ى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتِّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيٍّ، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة أخرى لا يمكن توقُّعها الآن، بالتَّأكيد أو كاملة، غير أنَّ معناها وُضِّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التَّوسيع، أيضًا، التَّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، ستكون، كما يعتقد أطبَّاء المؤسَّسة، حيويَّة في أثناء العمليَّة الأساسيَّة.
أمنح بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعيٍّ بعد أن وُضِّحت ليَ المخاطر والمضاعفات المحتمَلة من التَّخدير الموضعيِّ، بما في ذلك: النَّزيف، الالتهاب، الإضرار بالعين، وفقدان البصر في حالات نادرة.
إذا تقرَّر إجراء العمليَّة تحت تأثير تخدير عامٍّ فسأتلقَّى شرحًا عن التَّخدير من اختصاصيِّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني أوافق على أن يُنفذ العمليَّة الأساسيَّة والإجراءات الأخرى جميعها مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أ نظمة المؤسَّسة وتعليماتها. كما أنَّه لم يُضمن لي أن يُجريها كلّها أو أن يُجري قسمًا منها شخص معيَّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في المؤسَّسة، كما يقضي القانون.

التَّاريخ/ תאריך	السَّاعة/ שעה	توقيع المريض/ة / חתימת החולה/ה

اِسم الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيِّ (في حالة فقْد الأهليَّة، قاصر، أو مريض/ ة، نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقرُّ بهذا بأنَّني شرحت شفهيًّا للمريض /ة للوصيِّ على المريض/ة* كلّ ما ورد أعلاه بالتَّفصيل المطلوب ، وبأنَّه/ها وقَّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّه/ها فهم/ت شروحي كاملة.

اِسم الطَّبيب/ة/ שם הרופא/ה	توقيع الطَّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה	رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון

*يُرجى شطب الزَّائد/ מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי העיניים בישראל

החברה לניהול סיכונים ברפוא