

טופס הסכמה: כריתת גנגליון EXCISION OF GANGLION استمارة موافقة: استئصال عقدة عصبية أو ليمفاوية

إن العقدة العصبية أو الليمفاوية هي كيس يحوي سائلاً لزجاً تتكوّن، عادة، حول عصب أو مفصل. وسبب تكوّنها غير واضح، عادة. تُجرى العملية لاستئصال العقدة العصبية أو الليمفاوية لهدف إذهاب الألم عن المريض/ة، أو لإزالة كتلة غير جمالية. تُجرى العملية بواسطة جرح في منطقة العقدة، تحرير الأنسجة من حولها، فصلها عن المفصل أو عن غلاف العصب الخارجة منهما، وقطعها. إذا ساورَ، في أثناء العملية، شكُّ في أن الورم ورم من نوع آخر، يقرّر الجراح استئصال الورم كاملاً أو الاكتفاء في مرحلة أولى بأخذ عيّنة لغرض التشخيص. يُقرب الجرح بقطب تُزال بعد بضعة أيام. تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعيّ و/ أو ناهيٍ بدمج سادّ شرايين يُضبط في يد المريض/ة، وتحت تأثير تخدير عامّ، أحياناً. قد يتسبّب الإغلاق بشعور بالضغط في الذراع.

اسم المريض/ة / שם החולה:

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

أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقّيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور

الاسم الشخصي/שם פרטי

اسم العائلة/שם משפחה

عن الحاجة إلى استئصال عقدة عصبية أو ليمفاوية في اليد اليمنى/ اليسرى*، من عرق كف اليد/ من كف اليد*، في جهة باطن اليد/ ظاهر اليد*، من الإصبع 1/2/3/4/5* (فيما يلي: "العملية الأساسية").
وُضّحت لي النتائج المأمولة من العملية الأساسية كما احتمال عودة العقدة، بنسبة عالية، والحاجة إلى إجراء عملية أخرى لإزالتها.
أعلن بهذا وأقرُّ بأنه وُضّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية الأساسية، بما فيها: الألم، عدم الشعور بالراحة، الانتفاخ، ونزيف دم موضعيّ يُمنّص من تلقائه.
كما وُضّحت لي المخاطر والمضاعفات النادرة نسبياً، بما فيها نزيف مستمر وتلوث يوجبان العلاج. لا حاجة، عادة، إلى علاج طبيعّي بعد العملية.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقّيت شرحاً، وإنني مُدرك/ة أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح- في أثناء العملية الأساسية- وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك عمليّات جراحية إضافية، لا يمكن توقّعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيويّة أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.
تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعيّ و/ أو ناهيٍ بدمج سادّ شرايين، بعد أن وُضّحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير الموضعيّ، بما فيها ردُّ فعل تحسّسيّ بدرجات متفاوتة للمادّة المخدّرة، وإمكانية الإصابة العصبية و/ أو الوعائية في التخدير الناهي. إذا تقرّر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامّ، فسألتقى شرحاً عن التخدير من اختصاصيّ التخدير.

האסי תחת תאثير تخدير ناحي أو عام، فسأتلقي شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.
أنا على علم، كما أنني موافق/ة على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك،
حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلق ضماناً أنه سيجري كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة
أن تُجرى بالمسؤولية المُتبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التاريخ/ تاريخ	الساعة/ שעה	توقيع المريض/ة / حتمت החולה
اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسائياً)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)	

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصي على المريض/ة * الوارد أعلاه كُله، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقع/ت
على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה	رقم الرخصة/ מס' רשיון
* يُرجى شطب الزائد / מחק/ י את המיותר .		