הרצליה
מדיקל
סנטר

טופס הסכמה לניתוח: תיקון פזילה

استمارة موافقة: عملية لتصحيح حَوَل العين (زَوَر)
(عملية جراحية لعضلات العين)

الهدف من إجراء هذه العملية هو تحسين وضعيَّة العينين، أو ميلان الرأس، أو حركات العينين غير الطبيعية بواسطة تقوية أو إضعاف عمل العضلات الخارجية للعين المسؤولة عن حركة العينين. بعد التخدير، يُجرى اختبار لفحص مصدر الضرر في حركات مقلة العين. وعادةً ما تحدد نتائج هذا الفحص نوع العملية اللازم إجراؤها. لا تغيّر هذه العلمية حدة البصر في كل عين بشكل مباشر، ولدى البالغين لا تحسن البصر، وإنما قد تحسّن شكل الشخص الخاضع للعملية، وأحيانًا قد تحسّن الأداء المزدوج للعينين معًا. قد تكون هذه العملية مرحلة علاجية من سلسلة علاجات ممكنة، وتشمل من ضمنها: ملاءمة نظارات طبية و/أو حجب عين واحدة كعلاج للعين الكسولة (ضَعْف حركة العين). تُنفَّذ هذه العلاجات قبل العملية وأحيانًا أيضًا بعد العلمية. في كل عملية يتم تنفيذ جراحة لعضلة واحدة أو أكثر، بكل عين أو بكلتا العينين، وذلك بما يلائم الحالة.
تُنفَّذ هذه العلمية بالتخدير الكلي أو الموضعي.

اسم المريض: _____

اسم العائلة	الاسم الشخصي	اسم الأب	رقم بطاقة الهوية

أصرّح وأوكّد على أنّني تلقيت شرحًا شفهيًا ومفصلًا من الدكتور _____
اسم العائلة الاسم الشخصي
للخضوع لعملية جراحية لتصحيح حَوَل العين اليمنى/اليسرى/ كلتا العينين*، في عضلة واحدة/ عضلتين* (فيما يلي: "الجراحة الأساسية").
أصرّح وأوكّد بأنّني تلقيت شرحًا حول النتائج المرجوّة من الجراحة، والتي تشمل، تخفيف الحَوَل، بما في ذلك تحسين تدريجي إضافي أو استواء، أي تراجع للوضع السابق للحَوَل، أو ظهور حَوَل من نوع آخر. في مثل هذه الحالات هنالك إمكانية لإجراء جراحة إضافية.
تلقيت شرحًا عن التأثيرات الجانبية التي قد تظهر بعد الجراحة، بما في ذلك الألم، الانزعاج أو الشَّفَع (ازدواج الرؤية) العابر.
كما تلقيت شرحًا عن المضاعفات المحتملة التي قد تطرأ أثناء سير العملية، بما في ذلك: النزف، التلوُّث، إصابة العضلة، ازدواج الرؤية، وفي حالات نادرة جدًا قد يؤدي ذلك إلى ضعف أو فقدان الرؤية وتضرر شكل العين.
أعطي بهذا موافقتي على الخضوع للعملية الجراحية الأساسية.

كما أصرّح وأوكّد بهذا بأنني تلقيت شرحًا وأنني أفهم أنّ هناك احتمال، خلال إجراء العملية الجراحية الأساسية، بأن تكون هناك حاجة لتوسيع نطاق العملية، امكانية تغيرها أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بهدف إنقاذ الحياة أو لمنع حدوث ضرر جسدي، خاصةً الإجراءات الجراحية الإضافية التي ليس بالإمكان توقعها على نحو مؤكد أو بشكل كامل، لكن جرى توضيح أهمية ذلك لي. وفق ذلك أوافق أيضا على هذا التوسيع، تغيير أو توسيع إجراءات جراحية أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات الجراحية التي حسب رأي طبيب المؤسسة الطبية ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء سير العلمية الرئيسية.
يشمل هذا أيضًا موافقتي على الخضوع لتخدير موضعي، بعد أن تلقيت شرحًا عن مخاطر ومضاعفات التخدير المحلي، بما في ذلك: النزف، التَّلوُّث، تضرر العين أو في حالات نادرة فقدان البصر. إذا تحدَّد إجراء العملية الأساسية بالتخدير الكلي، سأتلقى شرحًا عن ذلك من قِبَل مختص تخدير.
أعرف وأوافق بأنّ العلمية الأساسية وكافّة الإجراءات الأخرى ستُنفذ بأيدي المختصين الذين تُسند إليهم مهامها، وفق الأنظمة والتعليمات في المؤسسة الطبية وأنّه لا يُضمن لي أن تُنفذ، جميعها أو بعضها، بيد شخص معين، على أن تُنفذ جميعها في إطار المسؤولية المقبولة في المؤسسة الطبية وبما يتوافق مع القانون.

التاريخ	الساعة	توقيع المريض

اسم الوصي (صلة القرابة)	توقيع الوصي (في حال فاقد أهلية، قاصر أو مريض نفسي)

أصرّح بأنّني شرحت شفهيًا للمريض /ة/ الوصي للمريض* كل ما تقدم أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنّه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعتُ بأنّه/ا فهم/ت شرحي على نحو تام.

اسم الطبيب/ة	توقيع الطبيب/ة	رقم الرخصة

* احذف/ي اللازم

Herzliya Medical Center 7 Ramat Yam St., Herzliya Pituach, Israel 4685107 **הרצליה מדיקל סנטר** רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח
Web. www.hmc.co.il www.hmcisrael.com Email. information@hmc.co.il Fax.+972.9.9592403 פקס. Tel.+972.9.9592555 טלפון. *9599