

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0169 / 0760 / 2252/ONSR /ינואר 2000

שופס הסכמה: ניתוחים של יותרת המוח (היפופיזה) והסינוס הספנואידלי בגישה טרנס-ספנואידלית

USING TRANS-SPHENOIDAL APPROACH HYPOPHYSEAL AND SPHENOID SINUS SURGERY

إستمارة موافقة: عمليات للغدة النخامية (هيپوبيزا) والجيب الوتدي باستخدام التوجه عبر-الوتدي

تُجرى العملية لغرض إخراج عينة (خزعة) أو ورم، من الغدة النخامية أو جانبها. تُجرى العملية، كذلك، لغرض سدّ الجيب الوتدي في حالة تسرب سائل الدماغ إثر كسور أو عمليات في هذه المنطقة. تُجرى العملية عن طريق أحد المنخرين أو عن طريق جرح تحت الشفة العليا، عبر إدخال جهاز إلى تجويف الأنف ومن هناك إلى الجيب الوتدي. لمنع تسرب سائل الدماغ من الأنف بعد العملية، هناك حاجة، في حالات معينة، إلى ملء الجيب بنسيج دهني و/أو عضلة يؤخذان من جدار البطن أو من الورك، مع صمغ بيولوجي. يُدخل، أحياناً، بالإضافة إلى ذلك، في أثناء العملية أو مباشرة بعدها، تصريف مؤقت إلى قناة العمود الفقري، لتصريف سائل الدماغ.

تُجرى العملية تحت تأثير تخدير عام.

اسم المريض/ة / اسم الحולה:

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

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً شفوياً مفصلاً من الدكتور

اسم العائلة/ שם משפחה / الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن الحاجة إلى إجراء عملية _____ بتوجه ترانس-سفنويدالي. (في ما يلي "العملية الأساسية").
أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن النتائج المرجوة، وأنه من الممكن، أحياناً، أن تنشأ حاجة إلى عملية مكملية أخرى، عن طريق الجمجمة، في مرحلة متأخرة أكثر.

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، وكذلك، عن العوارض الجانبية، الاحتمالات والمضاعفات المتعلقة بهذه العلاجات.

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن العوارض الجانبية للعملية الأساسية، بما فيها: الألم وعدم الشعور بالراحة في الشفتين والأنف، الانتفاخ والنزيف من اللثتين والأنف، التي تزول، عادة، خلال أيام قليلة، وكذلك إعاقة عابرة في التنفس عبر الأنف.

شُرحت لي المضاعفات المحتملة للعملية الأساسية: تسرب سائل الدماغ، وجع الرأس، الكثير من الشرب والتبول بسبب هبوط مؤقت أو ثابت في هورمون بختزن الماء في الجسم، تلوث في جرح العملية أو في غشاء الدماغ، تراكم هواء في فضاء الجمجمة، وتشوه مؤقت أو ثابت في شكل الأنف أو في جدار الأنف.

شُرحت لي أن هذه المضاعفات من الممكن أن تتطلب في المستقبل عمليات أخرى لتصحيحها، أو علاجاً (موقتاً أو دائماً) بأدوية كبدل عن هورمونات ناقصة. شُرحت لي، كذلك، المضاعفات النادرة جداً بما فيها: النزيف داخل الدماغ، العمى، و/أو إصابة دماغية أخرى، و/أو التهاب شديد بشكل خاص لغشاء الدماغ والدماغ نفسه التي من الممكن أن تنتهي بالموت.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.

أعلن بهذا، كذلك، وأقر بأنه شُرحت لي، وأنا أدرك، 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 لمنع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، لا يمكن توقُّعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون - كما يعتقد أطباء المؤسسة حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.

وُضح لي أن العملية الأساسية تُجرى تحت تأثير تخدير عامٍ وساتلّي شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن تُجرى العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّني لم أتلّق ضماناً أنّه سيجري كلّها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معيّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة / حתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

اسم الوصي (القرابة) // שם האפוטרופוס (קירבה) / توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانياً) // חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה/ה או חולה/ת נפש)

أقرُّ بهذا بأنني شُرحت شفهيّاً للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شرحي كاملاً.

رقم الرخصة/ מס'

توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

רשיון



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד לנוירוכירורגיה בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

*يُرَجَى شطب الزائد/ מחק/ י את המיותר.



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד לנוירוכירורגיה בישראל