

نموذج موقفة على عملية جراحية لإزالة الظفرة

PTERYGIUM REMOVAL

الظفرة هي نمو الملتحمة على سطح القرنية حيث يتوقف في العين العادمة نسيج الملتحمة على الحد بين بياض العين والقرنية. يُزال خلال الجراحة نسيج الظفرة عن سطح القرنية ويُعالج بصورة جراحية وأو دوانياً في المكان الذي نمت منه الظفرة على سطح بياض العين.

في حالات معينة، حسب اعتبارات الطبيب، يكون العلاج بمادة مضادة للأيُض أو بإشعاع موضعي لمنع تكرار نمو الظفرة. في حالات نادرة أكثر، لا سيما بعد تكرار الظفرة التي عولجت سابقاً، يقومون بزراعة ملتحمة أو قرنية. حول توقيت وطريقة الجراحة يقررون مع مراعاة حجم الظفرة، سَنَ المتعامل/ة حالة الملتحمة ووضعية الجفن. تميل الظفرة للعودة لا سيما في أعمار شابة ونسبة تكرارها تتخطى مع التقدم في العمر (النسبة المذكورة في المراجع للتكرار حتى 50%). هناك إمكانية لعدم الجراحة عندما تكون الظفرة غير نشطة، ولا تعيق النظر ولا تزعج المتعامل/ة من ناحية جمالية.

تم العملية تحت تخدير موضعي. أصرح وأصادق أنني تلقيت شرحاً بأنه لا توجد طرق بديلة للعلاج الجراحي للظفرة. أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً حول النتائج المرجوة بما فيها إمكانية عودة الظفرة. شُرحت لي الأعراض الجانبية وبضمها ألم، عدم ارتياح ونزيف موضعي في الملتحمة والجفن تزول عادة خلال فترة زمنية قصيرة. كما شُرحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة وبضمها تلوث، تغييرات في الانكسار، ازدواجية الرؤية، تطور التصاقات بين الجفن وملقة العين التي قد تسبب تقيداً لحركة العين وازدواجية الرؤية أو انجداب الجفن والإدامع.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية. كذلك، أصرح وأصادق بهذا أنني تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك إمكانية أنه أثناء العملية قد تستدعي الحاجة إلى توسيع نطاق العملية الجراحية الأساسية، تغيير واتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ الحياة أو منع إلحاق الضرر بالجسم، بما في ذلك أعمال جراحية لا يمكن توقعها مسبقاً الآن بالتأكيد أو بكمالها ولكن أوضحت دلالاتها لي. لذا، أوافق أيضاً على تلك التوسعة، التغيير أو إجراء إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيها أعمال جراحية تكون حسب رأي أطباء المؤسسة ضرورية أو تلزم أثناء الإجراء المتعلق بالعملية الجراحية الأساسية.

أعطي موافقتي بهذا أيضاً لإجراء تخدير موضعي، بعد أن أوضحوا لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من التخدير الموضعي بضمها نزيف، تلوث، اصابة العين وفي حالات نادرة فقدان الرؤية. أعلم وأوافق على أن تتم العملية الجراحية الأساسية وجميع الإجراءات الأخرى، بأيدي من يكاف بالقيام بذلك، بموجب أنظمة وتعليمات المؤسسة، وعلى أنه لم يضمن لي بأن تتم، كلها أو جزء منها، بأيدي شخص معين، وشرطيه أن تتم بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة بموجب القانون. أنا الموقع/ة أدناه أدرك بأنه عند تسريحي، الطبيب الذي أجرى العملية الجراحية، لن يكون حاضراً في المستشفى. في هذه الحالة، أوافق بأن يقوم طبيب آخر يوكله بعملية تسريحي.

اسم المتعامل/ة (שם המטופל/ת):	اسم العائلة / شم משפחה	الاسم الشخصي / شם פרטן	اسم الأب / شם האב	رقم الهوية / ת.ז.
----------------------------------	------------------------	------------------------	-------------------	-------------------

أصرح وأصادق بهذا على أنني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهياً من الدكتور (MD'ר) **اسم العائلة / شم משפחה** **الاسم الشخصي / شם פרטן** حول الحاجة لإجراء عملية جراحية للظفرة في العين اليمنى (ימין) / اليسرى (עומאל)* فيما يلي: "العملية الجراحية الأساسية".

التاريخ تاريخ	חתימת המטופל/ת توقيع المعالج/ة
---------------	--------------------------------

توقيع الوصي في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مُعالجه/ة، نفسانيّاً / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסלן דין, קטין או חוליה נפש)	اسم الوصي القرابة) / שם האפוטרופוס (קרבה)
---	---

أصادق بهذا على أنني شرحت شفهياً للمتعامل/ة/ للوصي على المتعامل/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب وعلى أنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد اقتناعي بأنه/ا فهم/ت شرحني بكلمه. / אני מאשר/ת כי הסברתי בעל מה למטופל/ת / לאפוטרופוס של המטופל/ת*/
את כל האמור לעיל בפירות הדורש וכי הוא/ היא חתום/ة על הסכמה בפני לאחר שشوוכנעתו כי הבין/ה את הסבריו במלואם.

رقم الرخصة / מס' רישוי	التوقيع / חתימה	اسم الطبيب/ة / שם הרופאה/ * אושטבּ/י הزاد / מחקּ/י את המיזוג
------------------------	-----------------	---