TLV MEDICAL
TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

טופס הסכמה: ניתוח קוסמטי של האוזניים
OTOPLASTY
إستمارة موافقة: عمليَّة تجميل للأذنين

أعِدَّت العملية من أجل التصحيح التجميليّ لما اصطُلِحَ على تسميته صَدَفَة الأذن، أو لغرض تصحيح تجميليّ آخر.
تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعيٍّ بإضافة موادَّ مهدِّئة، أو تحت تأثير تخدير عامٍّ.

اسم المريض/ ة/ שם החולה:_

_____ _____ _____ _____
سم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصيُّ/שם פרטי اسم الأب/ שם האב رَقْم الهُوِيَّة/ ת.ז.

أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقيت شرحًا شفهيًّا مفصَّلاً من الدكتور

_____ _____
اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصيُّ/ שם פרטי

عن عملية تجميلية في **الأذن اليمنى/ الأذن اليسرى/ كلتا الأذنين*. فصِّل ماهيَّة العملية** _____ (في ما يلي: "العملية الأساسية").
وُضِّحت لي النتائج المأمولة ومحدودية القدرة على التصحيح في العملية، بما في ذلك إمكانية اللاتماثل و/ أو عودة الأذن إلى حالتها السابقة.
أعلن بهذا وأقرُّ بأنه وُضِّحت لي العوارض الجانبية للعملية الأساسية بما في ذلك الألم، عدم الشعور بالراحة، وتغيُّرات إحساسية في جلد صدفة الأذن. وُضِّح لي أن جروح العملية تُجرى في الجزء الأمامي أو الخلفي من جلد صدفة الأذن وفي غضاريف الصَدَفة نفسها، وفي الأحوال كلها، ستتبقَّى ندوب في جروح العملية. في الحالات التي يُبعد فيها غُضروف عن صدفة الأذن، فمن المحتمل تكوُّن تضاعُف جلديٍّ في مقدِّمة صدفة الأذن. وُضِّح لي أن شكل الندوب متعلق بنوع جلدي وبصفات تعافيه، وهناك حالات تتطوَّر فيها ندوب كلوئيدية.
كما أنه وُضِّحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة بما فيها: التلوث إلى درجة فقدان الجلد و/ أو غُضروف، انفتاح هوامش الجروح، وعدم الإحساس بجلد صدفة الأذن.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
وُضِّح لي- وأنا أدرك- أنَّ هناك احتمالاً لأن يتَّضح- في أثناء العملية الأساسية- وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتِّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة إضافيَّة، لا يمكن توقُّعها الآن، بالتَّأكيد أو كاملةً، غير أنَّ معناها وُضِّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التَّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، ستكون- كما يعتقد أطبَّاء المؤسسة- حيويَّة أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.
تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعيٍّ مع أو من دون حقنٍ وريديٍّ بموادَّ مهدِّئة، بعد أن وُضِّحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير الموضعيّ، بما فيها ردُّ فعل تحسُّسيٌّ بدرجات متفاوتة للتخدير الموضعيّ، والمضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدِّئة، الذي من الممكن أن يتسبَّب، في حالات نادرة، بإعاقات في التنفُّس وتشويشات في عمل القلب، خصوصًا لدى مرضى القلب ومرضى الإعاقة في الجهاز التنفُّسيّ. إذا تقرَّر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامٍّ، فسأتلقَّى شرحًا عن التَّخدير من اختصاصيّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني أوافق على أن تُنَفَّذ العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنَّني لم أتلقَّ ضمانة أنَّه ستُجرى كلُّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطةَ أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون. وإن المسؤول عن العملية سيكون**

_____.
اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

TLV MEDICAL
TLV מדיקל | הברזל 15 תל אביב
טל. 077-9807500 פקס. 03-5290231
www.tlvmedical.com

_____ _____ _____

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

_____ _____

اسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) توقيع الوصيّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

أقرُّ بهذا بأنَّني شرحت شفهيًّا للمريض/ ة/ للوصيّ على المريض/ ة* الوارد أعلاه كلَّه، بالتَّفصيل المطلوب، وبأنَّه/ ها وقَّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ ها فهم/ ت شروحي كاملةً.

_____ _____

اسم الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה توقيع الطَّبيب/ة / חתימת הרופא/ה رَقْم الرُّخصة/ מס׳ רשיון

*يُرجى شطب الزَّائد وإحاطة المتعلِّق بالموضوع بدائرة/ מחק/ י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלוונטי.

**إملأ/ ي في حالة مريض/ة خاصّ/ة / מלא /י במקרה של חולה פרטית.