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

טופס הסכמה: ניתוח אף
RHINOPLASTY
إستمارة موافقة: عمليَّة في الأنف

تُجرى العملية لأغراض تجميليَّة و/ أو لتحسين مجرى الهواء.
تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعيٍّ بإضافة موادَّ مهدِّئة، أو تحت تأثير تخدير عامٍّ.
اسم المريض/ة / שם החולה:

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

أعلن بهذا وأقرُّ بأنني تلقّيت شرحًا شفويًّا مفصَّلاً من الدكتور _____ _____
اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصيُّ/ שם פרטי

عن عملية في الأنف لغرض **تصحيح تجميليٍّ و/أو تحسين مجرى الهواء*.**
تقرَّر، بعد الفحص، إجراء: **تعديل للجدار/ إبعاد طُورْبِينات/ تصحيح جماليٍّ*. فصِّل أعمالاً مخطَّطة:** _____ (في ما يلي "العملية الأساسية").
وُضِّحت لي النتائج المأمولة ومحدودية القدرة على التصحيح في العملية، المتعلقة، ضمن أشياء أخرى، بمبنى أنفي، جودة الجلد الذي يغلِّف الأنف، وسنِّي، ومعطيات غير متوقَّعة ستُكتشف في مجرى العملية الأساسية.
أعلن بهذا وأقرُّ بأنه وُضِّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية الأساسية بما فيها: الألم، عدم الشعور بالراحة، انتفاخ خارجيٌّ وداخليٌّ، إلى درجة الصعوبة في التنفّس، ونزيف تحت الجلد. وُضِّح لي أنه، في أحوال عمليات المِنْخَرَيْن كلها، تتبقَّى ندوب في أساس المِنْخَرَيْن. وُضِّح لي أن شكل الندوب متعلّق بنوع جلدي وبصفات تعافيه، وهناك حالات تتطوَّر فيها ندوب كلوئيدية.
كما أنه وُضِّحت لي المضاعفات المحتملة، بما فيها: النزيف، التلوّث، ثَقب في جدار الأنف، تشويشات في حاسَّة الشمّ، زُكام وصعوبة في التنفّس لمدّة طويلة. كما أنه من المحتمل حدوث ضرر في أنسجة عميقة كالعضلات وقناة الدمع، ولاتماثل في مبنى الأنف.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
كما أعلن بهذا وأقرُّ بأنه 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 إجراء تخدير موضعيٍّ مع أو من دون حقنٍ وريديٍّ بموادَّ مهدِّئة، بعد أن وُضِّحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير الموضعيِّ، بما فيها ردُّ فعل تحسُّسيٌّ بدرجات متفاوتة للتخدير الموضعيِّ، 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 الجهاز التنفُّسيِّ. إذا تقرَّر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامٍّ، فسأتلقَّى شرحًا عن التَّخدير من اختصاصيِّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني أوافق على أن تُجرى 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 الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס	توقيع الوصيِّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًّا) תתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

أقرُّ بهذا بأنَّني شرحت شفهيًّا للمريض/ ة / للوصيِّ 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

*ُرجى 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.