שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:  
שם פרטי/ الإسم الشخصي:  
ת.ז/ رقم الهوية:  
שם האב/ إسم الأب:

מדבקת המטופל

إصدار/גרסה 12/20

טופס הסכמה ל-إستمارة موافقة لِـ

**ניתוח לכריתת וושט/ Esophagectomy / جراحة استئصال المريء**

**طبيعة المشكلة الطبية** - يتم إجراء معظم جراحات المريء بسبب سرطان المريء أو سرطان المريء- المعدة العابر وهو سادس أكثر الأورام الخبيثة شيوعًا في العالم.. في دولة إسرائيل، يعد هذا ورمًا خبيثًا نادرًا نسبيًا (حوالي حالتين من بين 100,000 مواطن). ما يقارب من 70% من المرضى يتم تشخيص إصابتهم بورم في المرحلة غير النقلية والتي تشمل علاجاتها الموصى بها وهي استئصال المريء مع علاج الأورام.

**تسميات إضافية لاستئصال المريء:**

أ. أورام المريء الحميدة.

ب. عمليات كيسية في المنصف تشمل المريء.

ج. تمزق المريء الناجم عن القيء المتكرر أو المرض الخبيث أو ابتلاع جسم غريب أو الصدمة أو الإجراءات التشخيصية والعلاجية بالمنظار.

د. أمراض حركة المريء بعد فشل العلاج المحافظ (الأكالازيا – تشنّج عضال في المريء).

جراحة استئصال المريء هي عملية جراحية معقدة، ويتم اتخاذ قرار اجراؤها دائمًا مع مراعاة ودراسة البدائل الممكنة بما في ذلك العلاجات غير الجراحية مثل العلاج بالمنظار والعلاجات الدوائية والأورام حسب الحاجة. في معظم الحالات قدر الإمكان، يتم اتخاذ قرار إجراء جراحة استئصال المريء بعد مناقشة أولية متعددة الآراء بين الخبراء ويتم إجراؤها بواسطة فريق مدرب على إجراء جراحات استئصال المريء.

أثناء جراحة استئصال المريء يتم إزالة المريء الصدري، داخل البطن أو جزء منه ويتم استعادة الجهاز الهضمي بمساعدة المعدة أو الأمعاء. هناك أنواع مختلفة من جراحات استئصال المريء. يتخذ الجراح القرار بشأن نوع الجراحة وفقًا لاعتبارات إكلينيكية مع مراعاة حالة المريض وخبرة الجراح.

**أنواع جراحات استئصال المريء:**

أ. استئصال الجزء البعيد من المريء: (البعيد) أثناء الجراحة يتم استئصال الجزء البعيد من المريء الصدري بما في ذلك منطقة الممر المريئي المعدي. يتم إجراء الجراحة في مجالين جراحيين: في البطن والصدر. في نهاية العملية يتم توصيل باقي المريء ببقية المعدة في الصدر.

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:  
שם פרטי/ الإسم الشخصي:  
ת.ז/ رقم الهوية:  
שם האב /إسم الأب:

מדבקת המטופל

ب. الاستئصال الجزئي للمريء أثناء العملية يتم استئصال المريء الصدري بالكامل، بما في ذلك منطقة الممر المريئي المعدي. يتم إجراء الجراحة في 3 مجالات جراحية: في الصدر والبطن والرقبة. في نهاية العملية يتم توصيل باقي المريء ببقية المعدة أو الأمعاء عند مستوى الرقبة.

ج. استئصال جزئي للمريء عبر الحجاب الحاجز (esophagectomy transhiatal): أثناء العملية يتم استئصال المريء الصدري بالكامل بما في ذلك منطقة الممر المريئي المعدي. يتم إجراء الجراحة في مجالين جراحيين: في البطن والرقبة. في نهاية العملية يتم توصيل باقي المريء ببقية المعدة أو الأمعاء عند مستوى الرقبة.

أقر بهذا وأؤكد أنني تلقيت شرحًا مفصلاً عن جراحة استئصال المريء. **إسم الجراحة:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

لقد فهمت ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة الإجراءات والبدائل العلاجية والمخاطر والفوائد.

كذلك، تلقيتُ شرحاً حول بدائل العلاج الحالية لحالتي بما في ذلك الأدوية والمتابعة أو العمليات الجراحية الأخرى.

أصرح وأؤكد بهذا أنني تلقيتُ شرحًا حول ما بعد الجراحة الرئيسية بما في ذلك الألم وعدم الراحة والنزيف وتلف الأعضاء المجاورة بما في ذلك الرئة والقصبة الهوائية والشُعب الهوائية والقلب والطحال والأمعاء وتلف القنوات الليمفاوية والجهاز الليمفاوي وتلف العصب الحنجري المتكرر وبحة في الصوت، تسرب من التوصيلة بين المريء وبقية الجهاز الهضمي المعاد بناؤه، عدوى، التهاب رئوي، انسداد رئوي، حدث قلبي وتجلط وريدي وأعراض جانبية أخرى. قد تتطلب بعض الآثار الجانبية والمضاعفات جراحة إضافية فورية أو في وقت لاحق.

كذلك تلقيتُ شرحًا حول المضاعفات اللاحقة المحتملة والتي يمكن أن تحدث بعد أسابيع أو شهور أو حتى سنوات من الجراحة الرئيسية مثل تضييق الالتحامات ، انسداد الأمعاء، صعوبة إفراغ المعدة، فتق في الندبة الجراحية، فتق الحجاب الحاجز، ارتجاع، بحة في الصوت. كما تلقيت شرحًا بهذا الشأن وفهمت أن هذه المضاعفات قد تتطلب تدخلات أو عمليات جراحية إضافية لإصلاحها أو حتى دخول المستشفى.

قد لا يتم تشخيص هذه المضاعفات أثناء الجراحة الرئيسية وبالتالي قد تتطلب تدخلات أو عمليات جراحية إضافية لتصحيحها في مرحلة لاحقة.

كذلك، فهمتُ أيضًا أنه في حالات نادرة جدًا يمكن أن تؤدي المضاعفات بعد الجراحة الأولية إلى الوفاة.

إنني أصرح وأؤكد بموجب ذلك، أنني تلقيتً شرحًا وفهمت أنه من المحتمل أثناء إجراء العملية الرئيسية لإستئصال المريء، سيكون هناك حاجة لتوسيع نطاقها أو تعديلها أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن توقعها لإنقاذ الأرواح أو منع الأذى الجسدي. لذلك، أوافق أيضًا على ذلك التوسيع أو التعديل أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون ضرورية أو حيوية أثناء الجراحة الرئيسية أو بعدها مباشرة.

لقد تم شرح ذلك لي وأنا أفهم أنه في الحالات التي بدأت فيها الجراحة بأسلوب طفيف التوغل ولكن لا يمكن إكمالها بهذا النهج بسبب صعوبة تحديد الهوية أو صعوبة فنية في إجراء الجراحة، سينتقل الجراح إلى الجراحة "المفتوحة". أنا أفهم أن مثل هذه الحالة ليس من المضاعفات الجراحية، ولكن ينبع من الحاجة لإجراء عملية جراحية مع أقصى درجات الأمان والسلامة للمريض/ة.

كما توضح لي وفهمت أن تعاوني يشمل المتابعة الدورية والالتزام بتعليمات الطاقم المعالج، وكذلك التغييرات الضرورية في عادات الأكل، وهي شروط لنجاح الجراحة والوقاية من المضاعفات المحتملة.

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:  
שם פרטי/ الإسم الشخصي:  
ת.ז/ رقم الهوية:  
שם האב/ إسم الأب:

מדבקת המטופל

يتم إجراء الجراحة تحت تأثير التخدير العام. سوف يتم تقديم شرح لي حول التخدير من قبل طبيب التخدير. وسوف أوقع على استمارة موافقة مخصصة للتخدير.

معلومٌ لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائزٌ على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج في المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وموافق/ة بموجب ذلك أن إجراء عملية جراحية لاستئصال المريء وكافة الإجراءات الأخرى سوف يتم تنفيذها من قبل الشخص الذي سيتم تكليفه بذلك وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي. وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كليا أو جزئيا من قبل شخص معين، شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المؤسسة ووفقًا للقانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

أنا أمنح موافقتي بموجب ذلك بإجراء الجراحة الرئيسية.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **ת.ז.** | **שם האב** |

**إسم العائلة الإسم الشخصي رقم الهوية إسم الأب**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **חתימת המטופל** |

**التاريخ الساعة توقيع المريض**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)** | **חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)** |

**إسم الوصي توقيع الوصي**

**(صلة القرابة مع المريض) (في حال فاقد الأهل، قاصر/ة، أو مريض/ة نفسيًا)**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

أقرّ بهذا بأنني شرحتُ شفهيًا **للمريض/ة / للوصي على المريض/ة / لمترجم المريض** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه/أنها وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنع /ت بأنه/أنها فهم/ت الشرح كاملًا.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)**  **إسم الطبيب (ختم)** | **חתימת הרופא**  **توقيع الطبيب** | **תאריך ושעה**  **التاريخ والساعة** |

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:  
שם פרטי/ الإسم الشخصي:  
ת.ז/ بطاقة الهوية:  
שם האב/ إسم الأب:

מדבקת המטופל

**הצהרת המתרגם:** אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

**تصريح المترجم:** أقر بأنني قمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكل كامل وتام وشرحت لغة المريض وأسئلته إلى الطبيب

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת**  **إسم المترجم/ة** | **חתימת המתרגם/ת**  **توقيع المترجم/ة** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך ושעה** | **קשריו למטופל/ת** |

**التاريخ والساعة صلته بالمريض/ة**