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

إصدار/גרסה 06/22

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة لـِ

**ניתוח אורביטוטומיה – ביופסיה מנגע בארובה / جراحة أوربيتوتوميا - خزعة من آفة في تجويف العين (محجر العين) /Orbitotomy**

**طبيعة المشكلة الطبية:** الآفة في محجر العين عبارة عن نمو غير طبيعي للأنسجة في منطقة محجر العين. هناك نوعان من الآفات، الآفات الحميدة والآفات الخبيثة. تعتبر الآفات الحميدة عادةً الأقل خطورة ولكنها قد تنمو وتنتشر وبالتالي تضغط على الأنسجة الحيوية من أجل جودة الرؤية وقد تنتشر الآفات الخبيثة وتضغط على الأنسجة الحيوية من أجل حدة أو جودة الرؤية، وعادةً ما يكون انتشار الآفات الخبيثة أسرع ويمكن أيضًا أن ينتقل إلى الأعضاء البعيدة.

جراحة أوربيتوتوميا هي إجراء جراحي للوصول إلى منطقة معينة من محجر العين والكشف عنها.

الهدف من الجراحة هو إجراء استئصال جزئي أو كامل لعدوى محجر العين. مؤشرات هذه الجراحة هي - الضغط على العصب البصري/ compressive optic neuropathy، والرؤية المزدوجة بسبب الضغط على عضلات العين، والضغط على مقلة العين الذي يمكن أن يسبب تغيرات في قاع العين. بالإضافة إلى زيادة الضغط داخل العين الذي يؤثر على ضغط العين، والتعرض المفرط للقرنية/ التعرض لاعتلال القرنية/ exposure keratopathy بسبب جحوظ في العين بالإضافة إلى التشوه التجميلي الجمالي في مظهر العين.

هناك العديد من الأساليب الجراحية لإجراء جراحة أوربيتوتوميا، وتعتمد هذه الطريقة المفضلة على موقع وحجم الآفة في محجر العين ويجب أن توفر تعرضًا جراحيًا مناسبًا مع الحد الأدنى من الآثار الجانبية. الطرق الجراحية الممكنة هي شق خارجي من خلال جلد الجفن، أو داخلي من خلال الملتحمة، طريقة التنظير الداخلي أو جراحة الأعصاب من الممكن أيضًا التفكير في كشف العظم المطلوب عن طريق لف الأنسجة التي تغطيه من أجل الوصول السهل والآمن إلى الآفة.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا مفصلاً حول جراحة أوربيتوتوميا ( فيما يلي "الجراحة الرئيسية")، لقد فهمت ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة العملية والبدائل العلاجية والمخاطر والفوائد.

كذلكن تلقيتُ شرحًا حول البدائل العلاجية الموجودة لعلاج حالات مثل المتابعة أو العلاج الدوائي أو العلاج الإشعاعي في بعض الحالات.

أنا أصرحُ وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا مفصلاً حول الآثار الجانبية الشائعة بعد الجراحة الرئيسية وهي: الألم وعدم الراحة، الرؤية المزدوجة المؤقتة، الضعف الحسي المؤقت والنزيف وانتفاخ حول محجر العين.

كذلك تلقيتُ شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: العدوى، النزيف، الحاجة إلى إعادة الجراحة، وانخفاض في الرؤية إلى حد العمى، وتغير حجم بؤبؤ العين، الرؤية المزدوجة الدائمة، تغير وضع الجفن أو الحاجب، الندبة، الجفاف، الدمع، تنميل في الجبين أو منطقة الخد والحنك، صداع، تسرب سائل النخاع الشوكي.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا وافيًا وأنا أتفهم ذلك بحيث هناك احتمالية أنه خلال جراحة أوربيتوتوميا سيكون من الضروري إجراء عمليات علاجية إضافية لإجراء العملية مثل: توسيع الشق الجراحي، إضافة شقوق جراحية إضافية .

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

حول محجر العين لزيادة التعرض الجراحي بما في ذلك استخدام طريقة التنظير الداخلي أو الجراحة العصبية أو لتخفيف الضغط من النزيف أثناء العملية.

أنا أصرحُ وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا وأنا أتفهم ذلك أن هناك احتمالًا أنه خلال جراحة أوربيتوتوميا سيتضح أنه من الضروري توسيع نطاقها، تغييرها أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو إضافية أوالتي لا يمكن التنبؤ بها مسبقًا بهدف إنقاذ الأرواح، أو منع الأذى الجسدي. لذلك، أنا موافق/ة أيضًا على نفس التوسيع، التغيير أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون حيوية أو ضرورية أثناء الجراحة الرئيسية العلاج الرئيسي أو بعدها مباشرةً.

إذا تم إجراء العملية تحت التخدير فسيتم تقديم الشرح لي من قبل طبيب التخدير وسأوقع على استمارة موافقة مخصصة للتخدير.

في حالة إجراء العلاج بتخدير موضعي/ جانبي/ انسداد عصبي، من قبل الطبيب الذي يجري العملية، يتم منح موافقتي أيضًا لإجراء هذا التخدير، مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد، بعد أن تلقيتُ شرحًا حول مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة للمواد المخدرة والمضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدئة التي يمكن أن تسبب، في حالات نادرة، اضطرابات في الجهاز التنفسي واضطرابات في نشاط القلب، خاصةً لدى مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الجهاز التنفسي.

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

أنا أعلم وموافق/ة على أن جراحة أوربيتوتوميا وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص المكلّف الذي تم تعيينه وفقًا لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كليًا أو جزئيًا، من قبل شخص معين. بشرط أن تتم تحت طائلة المسؤولية المعمول بها ووفقاً للقانون..

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

أنا أمنح بموجب ذلك موافقتي على إجراء العملية الرئيسية.

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

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

**إسم العائلة الإسم الشخصي بطاقة 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 حالة فاقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسيًا)**

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

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.

**أنا أؤكد بموجب ذلك بأنني شرحت شفهيًا للمريضة/ للوصي /لمترجم المريضة** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنع/ت بأنه فهم/فهمت الشرح بشكل تام.

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

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

**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:** أنا أصرّح وأؤكد بأنني قمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكلٍ تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريضة بالإضافة إلى أسئلة المريضة للطبيب.

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

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

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

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

**التاريخ والساعة صلته بالمريض/ة**