המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' ORTHO/SURG/0802/0127/נובמבר 2006

טופס הסכמה: ביצוע ארתרוסקופיה של הברך
ARTHROSCOPY OF THE KNEE
اِستمارة موافقة: إجراء تنظير لمفصل الركبة

يتمّ تنفيذ التنظير لمفصل الركبة لهدف التشخيص و/أو المعالجة الجراحية لإصابات أو أضرار ناتجة عن ضربات، أمراض أو إجراءات تلفيّة. ويُتيح الفحص، كذلك، أخذ موادّ لفحوصات المختبر المختلفة. فمن خلال شقوق صغيرة، يتمّ إدخال أجهزة رؤية إلى الركبة (بصريّات) وأجهزة عمل يدويّة أو آليّة. يتمّ تحديد عدد الشقوق وموضعها بناءً على متطلبات العملية الجراحية ووَفقًا لما يراه الطبيب المسؤول مناسبًا من خلال القيام بالإجراء. يتمّ تنفيذ هذا الإجراء، عادة، تحت تأثير التخدير الناحيّ أو تحت تأثير التخدير العامّ، وفي أحيان متباعدة تحت تأثير التخدير الموضعيّ.

اِسم المريض/ة /שם החולה: _____

اِسم العائلة/ שם משפחה _____ الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי _____ اِسم الأب/ שם האב _____ رَقْم الهُوِيَّة/ ת. ז. _____

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنّني تلقّيت شرحًا شفهيًّا مفصّلاً من الدُّكتور/ة _____

اِسم العائلة/ שם משפחה _____ الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי _____

عن الحاجة إلى إجراء **تنظير مفصليّ تشخيصيّ و/أو علاجيّ في الركبة اليُمنى/اليُسرى** * فصّل _____

(في ما يلي: "العملية الأساسيّة").

وُضّحت لي العلاجات البديلة واحتمالات نجاح العملية الأساسيّة بما في ذلك إمكانية معاودة الضرر الأوليّ.

أصرّح بهذا وأقرّ بأنّني تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبية المتعلقة بالعملية الأساسيّة، بما في ذلك: الألم، الانتفاخ، تقييد الحركة والشعور بعدم الراحة، والتي ستستمرّ بضعة أسابيع وستدعي الاستراحة وعلاجًا ضدّ الآلام. كما يستدعي الأمر في أغلب الحالات إجراء علاج طبيعيّ بعد العملية.

وقد وُضّحت لي كذلك التعقيدات المحتملة المتعلقة بالعملية الأساسيّة، بما في ذلك: الالتهاب، الإضرار بالأوعية الدموية، الإصابة العصبية، الحركية و/أو الشعورية، إصابة الإحساس في جلد الساق الخارجيّ، ضعف العضلات المتعلق بالجهاز العصبيّ السِّمْبَتاوي (RSD)، تخثّرات الدم في الأوردة العميقة (DVT)، ضرر من سادّ الشرايين وتعقيدات آلية، مثل الكسور، تمزّقات الأحزمة أو الضرر الحاصل بفعل أدوات الجراحة. هذه التعقيدات نادرة جدًّا. وقد وُضّحت لي إمكانية احتمال اتّخاذ إجراءات أخرى لإصلاح هذه التعقيدات، وإنه لمِن المحتمل أن يدوم ضرر ثابت غير قابل للإصلاح. بعد إجراء عمليات جراحية لإصلاح أو لاستعادة تمزّق/ات (مثل قطب الغضروف المفصليّ (مينيسكوس)، قطب أو استعادة الأحزمة المتقاطعة) من الممكن أن يتشكّل/تتشكّل تمزّق/ات معاود/ة ستستدعي إصلاحًا جراحيًّا مرّة أخرى. وقد وُضّح لي أن التعقيدات واحتمال فشل العملية الجراحية تكون أوسع وأكبر، كما أن عملية إعادة التأهيل وإجراء التعافي يكونان أطول، كلّما كانت العملية الجراحية أكثر تعقيدًا. كما وُضّح لي أنه من المحتمل أن تكون هناك حاجة إلى توسيع محيط العملية والقيام بفتح الركبة فتحة أكبر؛ لغرض إجراء علاج لا يُمكن إصلاحه من خلال تنظير مفصل الركبة و/أو لمعالجة التعقيدات التي ذُكرت. إنه من الواضح لي أن توسيع العملية والإجراءات الأخرى لا يُمكن توقّعها مُسبقًا.

أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسيّة.

وإنّني أصرّح وأقرُّ بهذا، كذلك، بأنّني تلقّيت شرحًا، وبأنّني أدرك أنَّ هناك احتمالاً لأن يتّضح في أثناء العملية الأساسيّة وجود حاجة إلى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسمانيّ، بما في ذلك إجراء عمليات جراحية إضافية، لا يمكن توقُّعها الآن، بالتّأكيد أو كاملةً، وبناءً عليه فإنّني أوافق على ذلك التّوسيع، أيضًا، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيَّة، بما في ذلك عمليَّات جراحيَّة، ستكون، كما يعتقد أطبَّاء المؤسّسة، حيويَّة أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسيّة.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعيّ، بعد أن وُضّحت لي كلّ التعقيدات المحتمَلة المتعلقة بالتخدير الموضعيّ، بما في ذلك ردّ الفعل التحسّسيّ بدرجات متفاوتة لموادّ التخدير. إذا تقرّر إجراء العملية الأساسيّة تحت تأثير التخدير العامّ أو الناحيّ، فسأتلقّى شرحًا عن التخدير من اختصاصيّ التخدير.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يقوم بتنفيذ العملية الأساسيّة والإجراءات الأخرى جميعها مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسَّسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُنفّذها كلّها أو أن يُنفّذ قسمًا منها شخص معيَّن، وبشرط أن تتمّ بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في المؤسَّسة كما يقضي القانون، وأن المسؤول عن العملية الأساسيّة سيكون* _____.

اِسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

التّاريخ/ תאריך _____ السَّاعة/ שעה _____ توقيع المريض/ة /חתימת החולה _____

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

أقرُّ بهذا بأنّني شرحت شفهيًّا للمريض/ة للوصيِّ على المريض/ة** كلّ ما ورد أعلاه بالتَّفصيل المطلوب، وبأنَّها/ه وقَّعت/وقَّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّها/ه فهمت/فهم شروحي كاملةً.

اِسم الطَّبيب/ة/ שם הרופא/ה _____ توقيع الطَّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה _____ رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון _____

* يُعبّأ في حال مريض/ة خاصّ/ة/ מלא/י במקרה של חולה פרטי/ת **يُرجى شطب الزَّائد/ מחק/י את המיותר.

s

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד האורתופדי בישראל
החברה הישראלית לכירורגיה של הברך ולארתרוסקופיה

החברה לניהול סיכון ברפואה