

استمارة موافقة على إجراء جراحة في الفك Orthognatic Surgery

الغرض من العملية الجراحية الخاصة بتقويم العظام هو تصحيح التشوهات الخلقية والنمائية والمكتسبة في الفكين. العملية الجراحية مخصصة لتوفير ثلاثين بين تموضع الأسنان وتموضع سليم للفكين. تجرى العملية تحت التخدير العام.

اسم المُعالج/ة: _____

اسم العائلة الاسم الشخصي اسم الأب رقم الهوية

أُصرّح/ة وأقرّأ بهذا بأنني قد تلقّيت شرحاً شفوياً مفصلاً من قبل الدكتور

اسم العائلة الاسم الشخصي

حول الحاجة إلى إجراء تدخل جراحي لتقويم العظام :

نوع العملية الجراحية

(فيما يلي: " العملية الجراحية الأساسية").

لقد تلقّيت شرحاً حول النتائج المرجوة وحول طرق العلاجات البديلة الممكنة التي يفرضها مقتضى الحال. وحول محدودية القدرة على القيام بالإصلاح بواسطة التدخل الجراحي.

وكذلك تلقّيت شرحاً حول احتمالية تولّد تغيرات كبيرة في منظر وجهي جراء العملية الجراحية قد لا يمكن توقعها مسبقاً. كما وتلقّيت شرحاً حول إمكانية حدوث حاجة بعد الخضوع للعلاج إلى تدخل جراحي آخر وأو علاجاً لتقويم العظام وعلاجاً تأهيلياً.

لقد درست جميع الاعتبارات المتعلقة بطرق العلاجات البديلة قبل اختيار هذا العلاج.

لقد تمّ تفهيمي بأن التدخين، مرض اللثة غير المعالج والسكري تزيد من خطورة حدوث تعقيدات ومخاطر بشكل كبير.

كذلك تلقّيت شرحاً حول أهمية الإقلاع عن التدخين قبل وبعد تلقي العلاج، علاج مرض اللثة وموازنة مرض السكري.

كما وتمّ تفهيمي بأن العلاج بواسطة الجراحة مع تناول الأدوية المستخدمة لعلاج أمراض العظام مثل: هشاشة العظام، انتقال الخلايا السرطانية من عضو لآخر والسرطان النخاعي المتعدد وخاصة عند دمج الأدوية المستخدمة لعلاج أمراض العظام مع علاج الستيرويدات، يجعل التدخين والسكري يزيدان من خطورة الإصابة بالتهابات مزمنة إلى درجة تؤدي لإصابة عظام الفك بالخرق اللاوعائي.

إلى جانب ذلك تلقّيت شرحاً حول أعراض العملية الجراحية الأساسية الجانبية، بما في ذلك: تورم، ألم، نزف دم في منطقة الوجه والعنق، ضرر مؤقت في اللثة، الحد من القدرة على فتح الفم مؤقتة أو دائمة. زد على ذلك، تلقّيت شرحاً حول التعقيدات الممكنة التي تنطوي عليها العملية الجراحية الأساسية بما في ذلك: ضرر دائم في اللثة، ألم في مفاصل الفكين، اضطرابات خفيفة ناجمة عن السجائر، ضرر في أعصاب الوجه ما يعني خدر مؤقت أو دائم. زد على ذلك تلقّيت شرحاً وأنا أعي بأن هنالك إمكانية أن يتبين خلال مجريات العملية الجراحية وجود حاجة لتوسيع/تغيير حجم العملية الجراحية، أو القيام بخطوات أخرى أو إضافية، بما في ذلك خطوات جراحية أخرى لم يكن بالإمكان توقعها في وقت إجراء العملية الجراحية بشكل مؤكد أو بشكل كامل مع ذلك تمّ توضيح معناها لي.

فيحسب ذلك أنا موافقة/ة على إجراء هذا التوسيع، التغيير أو القيام بخطوات أخرى أو إضافية، بما في ذلك خطوات جراحية يعتقد طبيبي المختص الطبي/الطبيب المعالج بأنها ضرورية أو مطلوبة خلال إجراء العملية الأساسية.

كما وتلقّيت شرحاً يفيد بأن العملية الأساسية ستتمّ تحت تخدير عام وتلقّيت شرحاً بأن التخدير سيتمّ من قبل طبيب مخدر.

أعلم وأنا موافقة/ة بأن تجرى العملية الأساسية وجميع الخطوات الأخرى على يد من يتمّ تكليفه بذلك حسب أنظمة وتعليمات المؤسسة الطبية وأنه لم يتمّ ووعدي بأن تجرى العملية الجراحية بأكملها أو جزء منها على يد شخص معين، وذلك شريطة أن تجرى وفق المسؤولية المتبعة في المؤسسة الطبية وبموجب القانون.

إلى جانب ذلك أدرك وواضح لدي أهمية الإدلاء بمعلومات دقيقة حول حالتي الصحية، وكذلك أهمية تنفيذ جميع التعليمات التي سأتلّقها من الطاقم وأو من الطبيب المعالج، بما في ذلك المحافظة على نظافة تجويف الفم والقيام بالمراجعات في المواعيد التي تُطلب مني. أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ العملية الجراحية الأساسية.

توقيع المُعالج/ة

التاريخ

توقيع الوصي

(صفة القرابة)

اسم الوصي

(في حال كان الشخص فاقداً للأهلية، قاصراً أو مريضاً نفسياً)

أقرّ بأنني شرحت للمعالج/ة للوصي/و على المعالج/ة* ١٠ للمتزوج بلغته/ها كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب ووقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن تشكلت لدي قناعة بأنه قد فهم شرحي بالكامل.

اسم المترجم/ صفة قرابته للمعالج/ة : _____