

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0195/3992/0000/VASUR / מרץ 2002

טופס הסכמה: לטיפול מטרש (סקלרוטרפיה) בורידי הרגליים

SCLEROTHERAPY

استمارة موافقة: على معالجة بالتصلب (سكلروثراي) في أوردة الرجلين

إن إحدى الطرائق لمعالجة الأوردة المتوسعة ("الدوالي") والأوردة الدقيقة ("الأوردة الشعريّة") البارزة في الجلد، هي حقن الوريد بمادّة مُصلّبة. هناك، اليوم، عدد من الموادّ المُستخدمة لهذا الغرض. فالعلاج الذي هو علاج تجميليّ في أساسه، يشتمل على سلسلة من عمليّات الحقن، وبعد ذلك إمكانية تضييق الرّجل وفقًا لاعتبارات الطبيب.

عدد عمليّات الحقن المطلوب يكون متعلقًا بتوزّع الأوردة المتوسّعة وكمّيّتها، وفي الإمكان تكرار العملية كلّ أسبوعين حتى ثلاثة أسابيع. علمًا أن هذا الإجراء من الممكن أن يستمرّ عددًا من الأشهر. يتمّ الحقن بالمادّة المُصلّبة من خلال إبرة دقيقة، ويكون مصحوبًا بالألم طفيف من جزاء الوخز ويشعور بالاكْتواء عندّ الحقن بالمادّة.

إختفاء الأوردة أو الأوردة الدقيقة لا يكون مطلقًا، كما أن المنطقة التي تمّ حقنّها من الممكن أن تُغيّر، مرّات عدّة، لونها بشكل واضح للعيان. هذا العلاج لا يمنع ظهور أوردة جديدة يُمكنها أن تظهر في منطقة الحقن، أيضًا.

يتمّ تنفيذ العلاج، عادةً، من دون تخدير.

اسم المريض/ة /שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה	اسم الشّخصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رقم الهوية/ ת.ז.
اسم العائلة/ שם משפחה	اسم الشّخصي/ שם פרטי	اسم العائلة/ שם משפחה	اسم الشّخصي/ שם פרטי

أصرّح وأقرّ بهذا بأنني تلقّيت شرحًا شفهيًا مفصّلًا من الدّكتور/ة

عن علاج لإخفاء الأوردة عن طريق الحقن بمادّة في المنطقة/المناطق

في الرّجل اليميني/اليسرى*.

(فيما يلي: "العلاج الأساسي").

(حدّد/ي مكان المعالجة/ צייני/ את מקום הטיפול)

إتني أصرّح بهذا وأقرّ بأنني تلقّيت شرحًا عن كلّ طرق العلاج البديلة في ظروف الحالة، بما في ذلك إجراء عملية جراحية والمعالجة بالليزر، عن إيجابيات وسلبيات كلّ منها، احتمالات نجاحها وملاءمتها لحالتي. وقد تلقّيت شرحًا عن النتائج المرجوة الخاصّة بالعلاج الأساسي، وقد وُضّح لي كذلك أنّ هناك حالات تكون استجابة الوريد/الأوردة فيها جزئية أو أنها لا تستجيب للعلاج مطلقًا. في هذه الحالات من الممكن مُعاودة العلاج ولكن لا يُمكن ضمان النجاح التامّ لمعالجة كلّ الأوردة في الرّجل بصورة أكيدة.

أصرّح بهذا وأقرّ بأنني تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبية الخاصّة بالعلاج الأساسي، بما في ذلك: الألم، الاكتواء، الشعور بعدم الراحة، تغيّر لون مكان الحقن و"ظهور خطوط" في مسار الوريد المحقون. وفي بعض من الحالات من الممكن أن يظلّ هناك عُيب جماليّ في منطقة/مناطق الحقن.

وقد وُضّحت لي كذلك التعقيدات المُحتملة، بما في ذلك: الالتهاب الموضعيّ، تشكّل القروح أو منطّة تخرّ (غنغرينا) في منطقة الحقن، حيث من الممكن أن يُبقي ذلك ندبة في نهاية إجراء التعافي. وُضّح لي أن شكل الندوب التي ستبقى متعلق بنوع جلدي وبمواصفات تعافيه، كما أن هناك حالات من الممكن أن تتطوّر فيها ندوب جُدرية (تضخّم سيجي ليفي). وفي حالات نادرة من الممكن أن تكون هناك حاجة إلى إجراء عملية جراحية إصلاحية في منطقة التخرّ (الغنغرينا) في الجلد.

وُضّح لي أنه في حالات نادرة من الممكن أن يكون الجسم حساسًا للمادّة المُصلّبة التي يُحقن بها الوريد، حيث من الممكن أن يؤدي ذلك إلى ردّ فعل تحسّسي موضعيّ أو عامّ.

وفي حالات متطرفة، وهي نادرة جدًّا، من الممكن أن يكون ردّ الفعل التحسّسيّ صعبًا جدًّا.

أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يقوم بتنفيذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها من سئلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُنفّذها كلها أو أن يُنفّذ قسمًا منها شخص معيّن، وبشرط أن تتمّ بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة كما يقضي القانون، وأن المسؤول عن العلاج سيكون**

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

التّاريخ/ תאריך

السّاعة/ שעה

توقيع المريض/ה/חתימת החולה

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة كلّ ما ورد أعلاه بالتّفصيل المطلوب، وبأنّها/ه وُقعَت/وُقع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّها/ه فهمت/فهم شروحي كاملةً.

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

توقيع الطبيب/ة/ חתימת הרופא/ה

رقم الرّخصة/ מס' רשיון

*يرجى شطب الرّائد/ מחקי/ את המיותר
** في حال معالج خاص/ במקרה של מטופל פרטי



החברה לניהול סיכונים ברפואה

ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי דם (וסקולרית)