

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 254/02/3850/0000/VASUR / נובמבר 2004

## טופס הסכמה: ניתוח וורידים דליתיים בגפיים התחתונות OPERATION FOR VARICOSE VEINS OF THE LEGS استمارة موافقة: جراحة أوردة دواليّة في الرجلين

الأوردة المتوسّعة (الدوالي) في الرجلين تعكس الإضرار بشبكة الأوردة السطحية على خلفية قصور سدادات الأوردة و/أو العيب اللاحق بجدران الأوردة. إن توسّع شبكة الأوردة السطحية في الرجلين من الممكن أن يؤدي إلى ضرر جمالي، شعور بالثقل، ظواهر طفح في الرجلين، التهابات الأوردة، تغييرات في اللون في جلد الرّجل وقروح مزمنة. يتمّ في العمليّة بترّ الوريد الرئيسيّ الخاصّ بالشبكة السطحية على طولها و/أو مقاطع موسّعة من الوريد على طول الرّجل، وذلك لهدف تقليص العلامات والأمارات النابعة من توسّع الشبكة الوريدية. هناك إمكانية لنأّ يشتمل البترّ على الوريد الرئيسيّ الخاصّ بالشبكة السطحية. تُجرى العملية تحت تأثير التخدير العامّ، الناحي أو الموضعيّ.

اسم المُعالج/ة /שם החולה: \_\_\_\_\_  
اسم العائلة/ שם משפחה \_\_\_\_\_  
الاسم الشّخصي/ שם פרטי \_\_\_\_\_  
اسم الأب/ שם האב \_\_\_\_\_  
رَقْم الهويّة/ ת. ז. \_\_\_\_\_

أصْرَح وأقرُّ بهذا بأنّي تلقّيت شرحًا شفهيًّا مفصّلًا من الدُّكتور/ة \_\_\_\_\_  
اسم العائلة/ שם משפחה \_\_\_\_\_  
الاسم الشّخصي/ שם פרטי \_\_\_\_\_

عن عمليّة أوردة دواليّة \_\_\_\_\_  
في الرّجل اليميني/ اليسرى \* / في الرّجلين \* (في ما يلي: "العمليّة الأساسية").  
(فصل/ي نوع العمليّة/פרטי/ סוג הניתוח)

وُضّح لي أنه ليس من الممكن دائمًا إزالة كلّ الدوالي وأنه لن يتمّ اختفاء كلّ الدوالي الموسّعة إثر العملية، وأن هناك إمكانية كبيرة نسبيًّا لظهور دوالي جديدة وأخرى خلال الوقت. وُضّح لي أنه على أيّ حال من الأحوال ستظلّ هناك ندوب في منطقة الجروح. شكل الندوب ولونها متعلقان بمواصفات الجلد وبقدرته على التعافي؛ هناك حالات ستنتوّر فيها ندوب خاصة بالتعافي الزائد و/أو ندوب جُدريّة (تضخّم نسيجيّ ليفي فوق الجلد). إنني أصرّح بهذا وأقرُّ بأنّي تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبية الخاصة بالعمليّة الأساسية، بما في ذلك: الألم، الشعور بعدم الراحة، حالات النزيف تحت الجلد التي من الممكن أن تكون واسعة وشاملة. وتظهر، أحيانًا، شبكة وريدية رقيقة في منطقة بترّ الدوالي. وُضّحت لي، كذلك، التعقيدات المحتملة، بما في ذلك: الالتهاب والنزيف، الإصابة العصبية، التي تنعكس بتقلّص الشعور و/أو الحساسية الزائدة، و/أو بالألام. يتزايد الإضرار بالإحساس كلّما كان مقطّع الوريد الرئيسيّ الذي تمّ بترّه أطول. وفي أحيان متباعدة، ستظلّ الإصابة العصبية ثابتة حيث سيستدعي ذلك العلاج المطلوب والملائم. كما أن هناك إمكانية لتشكّل طفح ليمفاويّ في منطقة الكعب، حيث إنه في حالات نادرة من الممكن أن يظلّ ثابتًا. وبالإضافة إلى ذلك، هناك إمكانية نادرة لإصابة الأوردة و/أو الشرايين الكبيرة في منطقة الورك الغلويّة حيث سيستدعي ذلك إجراء إصلاح فوريّ. وفي أحيان نادرة من الممكن ظهور التهاب في الأوعية الدموية الوريدية العميقة، حيث سيستدعي ذلك علاجًا ملائمًا. أعطي بهذا موافقتي على إجراء العمليّة الأساسية.

إنني أصرّح وأقرُّ بهذا، كذلك، بأنّي تلقّيت شرحًا، وبأنّي أدرك أنّ هناك احتمالًا لأن يتّضح في أثناء العمليّة الأساسية وجود حاجة إلى توسيع محيطها، إلى تغييرها، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية أخرى، من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، لا يمكن توقّعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضًا، التّعيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، سنكون، كما يُعتقد أطباء المؤسسة، حيويّة أو مطلوبة في أثناء العمليّة الأساسية. تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعيّ بعد أن وُضّحت لي المخاطر والتعقيدات المتعلقة بالتخدير الموضعيّ، بما في ذلك ردّ الفعل التحسسيّ بدرجات مختلفة لموادّ التخدير.

وُضّح لي أن العمليّة الأساسية تُجرى تحت تأثير التخدير العامّ أو الناحيّ وأنّي سألتقى شرحًا عن اختيار من اختصاصي التخدير. أنا على علم، كما أنّي أوافق على أن يقوم بتنفيذ العمليّة الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سبّليّ عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُنفذها كلّها أو أن يُنفذ قسمًا منها شخص معين، وبشرط أن تتمّ بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة كما يقضي القانون، وأن المسؤول عن العمليّة سيكون \_\_\_\_\_

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

التّاريخ/ תאריך \_\_\_\_\_  
السّاعة/ שעה \_\_\_\_\_  
توقيع المُعالج/ة /חותמת החולה \_\_\_\_\_

اسم الوصيّ (القرابة) / שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_  
توقيع الوصيّ (في حالة قُفد الأهليّة، قاصر/ة، أو مريض/ة نفسانيّة) \_\_\_\_\_  
חותמת האפוטרופוס (במקרה של פסול דיין, קטין/ה או חולה/ת נפש) \_\_\_\_\_



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולרית)

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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

رَقْم الرُّخصة/مس' רשיון

توقيع الطَّبيب/ة/ حתימת הרופא/ה

اسم الطَّبيب/ة/ שם הרופא/ה  
\*يرجى شطب الرَّائد/ מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד הכירורגים בישראל

האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולרית)