

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' LDISC/ORT/NSR/0012 / פברואר 1997

טופס הסכמה: ניתוח כריתת דיסקה בעמוד שידרה מותני DISCECTOMY استمارة موافقة: عملية جراحية لاستئصال قرص بين الفقرتين

תُجرى العملية لغرض تفريغ الضغط من جذר عصب أو كيس الجافية عن طريق استئصال قرص غضروفي ممزق و/أو تالف، ينفلت من مكانه بين الفقرات ويؤدي إلى الآلام و/أو إلى علامات اعتلال عصبي. تُجرى العملية الجراحية عن طريق جرح يُشقَّق في منطقة الظهر الأسفل من خلال فصل أنسجة وتحريك الغشاء الذي يُغلف الحبل الشوكي. ومن المحتمل، بمقتضى الحاجة، استئصال صفيحة فقرية بشكل جزئي أو كامل (Laminectomy)

اسم المريض/שם החולה:

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

أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/

عن الحاجة إلى إجراء عملية جراحية لاستئصال قرص فقري خصري (في ما يلي: "العملية الأساسية").
إنني أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، وكذلك عن العوارض الجانبية، الاحتمالات والتعقيدات المتعلقة بهذه العلاجات.
إنني أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً عن النتائج المرجوة والعوارض الجانبية المتعلقة بالعملية الجراحية، بما في ذلك الألم والشعور بعدم الراحة، والتي تزول تدريجياً.
وضّحت لي التعقيدات المحتملة المتعلقة بالعملية الأساسية، بما في ذلك الالتهاب في منطقة العملية الجراحية، تسرب سائل شوكي يطرأ في أحيان متباعدة، وفي حالات استئصال الصفيحة الفقرية، هناك إمكانية لحدوث عدم استقرار في هذه الجزء من العمود الفقري. وضّحت لي أن هذه التعقيدات من الممكن أن تستدعي، في المستقبل، إجراء عمليات جراحية لإصلاحها.
وقد وضّحت لي كذلك التعقيدات النادرة بما في ذلك دوام الآلام وعلامات الاعتلال العصبي بدرجات خطيرة مختلفة، حتى حدوث الشلل الكامل في الأطراف السفلية.
أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
كما أنني أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً، وبأنني أدرك أن هناك احتمالاً لأن يتضح في أثناء العملية الأساسية وجود حاجة إلى توسيع محيطها، وإلى إجراء استئصال صفيحة فقرية و/أو استئصال قرص آخر و/أو إلى تثبيت الفقرات، وفي حال الحديث عن عملية مُعادة، فذلك صرف نذبة من العملية الجراحية السابقة، أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك إجراءات جراحية أخرى و/أو معالجة التعقيدات التي لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملةً، غير أن معناها وضّحت لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون، كما يعتقد الأطباء، حيوية أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية أو بعدها مباشرة.

وضّحت لي أن العملية الأساسية تُجرى تحت تأثير التخدير العام و/أو الناحي وأنني سأتلقي شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن يقوم بإجراء العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها من سبيلي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُجرى عليها كلها أو أن يُجرى قسماً منها شخص معين، بشرط أن تُجرى بالمسؤولية المُتَّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التاريخ/ תאריך	الساعة/ שעה	توقيع المريض/חתימת החולה
اسم الوصي (القراية)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصرة، أو مريض/فسادية)	توقيع المريض/חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דיין, קטין/ה או חולה/ת

נפש)

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيّاً للمريض/ة للوصي على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ه وقّعت/وقّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنها/ه فهمت/فهم شروحي كاملةً.

اسم الطبيب/שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/שם חתימת הרופא/ה	رقم الرخصة/ מס' רשיון
-----------------------	-------------------------------	-----------------------

*يرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

איגוד ישראלי לאורתופדיה

האיגוד לנוירוכירורגיה בישראל