

טופס הסכמה לניתוח קטיעה استمارة موافقة على عملية بتر Amputation Surgery

לאסفة كبرىة

بعد أن تلقيت شرحًا شفهياً مفصلاً من الدكتور

اسم العائلة \ اسم משפחה _____
الاسم الشخصي \ שם פרטי _____

عن الحاجة إلى إجراء عملية بتر

بما في ذلك عن النتائج المأمولة، عن المخاطر المعقولة وعن أساليب العلاج البديلة المحتملة في ظروف الحالة، بما في ذلك المخاطر والفرص التي ينطوي عليها كل واحد من هذه الإجراءات، والفحوصات والعلاجات المنوطة بذلك، أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الجراحية كما جاء أعلاه في المستشفى (فيما لي: "العملية الأساسية").

أصرح بهذا وأصدق بأنني تلقيت شرحًا عن ارتفاع البتر، وأنه من المحتمل أن تكون هناك في أثناء العملية حاجة إلى تغيير أو إلى توسيع العملية الجراحية. كما أنني تلقيت شرحًا عن مضاعفات وأثار جانبية، بما في ذلك الألم الموضعي، النزيف، التلوث، عدم شفاء موضع البتر، وهو ما قد يستلزم إجراء عملية أخرى ويؤدي إلى آلام فانتوم قد تستمرّ زمنًا طويلًا بعد العملية الجراحية. كما تلقيت شرحًا عن احتمال حدوث مضاعفات عامة للعملية الجراحية، من قبيل التهاب الرئتين، الانصمام الرئوي، النوبة القلبية، وفي حالات نادرة، حتى الموت نتيجة لمضاعفات العملية الجراحية.

وُضح لي أنّ العملية الجراحية، غالبًا، تُجرى تحت تأثير التخدير العام أو الناحي، وأني سأتلقي شرحًا عن التخدير من قبل طبيب تخدير.

أنا أعلم وأوافق على أنّ العملية الجراحية وجميع الإجراءات الرئيسية سيتمّ إجراؤها من قبل أيّ شخص سيتمّ تكليفه بها وفقًا لإجراءات وتعليمات المستشفى، وأنه لم يتمّ التعهد لي بأنه سيتمّ إجراؤها كليًا أو جزئيًا من قبل شخص معيّن، بشرط أن يتمّ تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المستشفى ووفقًا للقانون.

أطلب من إدارة المستشفى ومن موكلها:

دفن القطعة التي بُترت بموجب الإجراءات والتعليمات القائمة في المستشفى، بعد الفحص المرضي، حسب الحاجة.

أن أحصل على القطعة التي بُترت، وذلك خلال 21 يومًا من إجراء العملية الجراحية.

وُضح لي ومعلوم لديّ أنه في حال لم تؤخذ القطعة بعد 21 يومًا من تاريخ العملية الجراحية – سيتمّ تحويلها إلى الدفن بموجب ما هو متّبع في الإجراءات.

التاريخ \ תאריך _____ الساعة \ שעה _____ توقيع المريض \ חתימת המريض _____

توقيع الوصي (في حال فقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفسيًا)

חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

اسم الوصي (صلة القرابة مع المريض)

שם אפוטרופוס (קירבה לחולה)

أنا أؤكد بذلك أنني شرحتُ شفهيًا للمريض / للوصي على المريض* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ها وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت تفسيري بشكل تام.

رقم الرخصة \ מס' רישיון _____

توقيع الطبيب \ חתימת הרופאה _____

اسم الطبيب \ שם הרופאה _____