

שם המטופל
שם משפחה/שם העائلة:
שם פרטי/שםشخصي:
ת.ז./بطاقة الهوية:
שם האב/שם الأب:

שם המוסד הרפואי:[שם המוסד+לוגו]

שם المؤسسة الطبية:[اسم المؤسسة + شعار]

מבדקת המטופל/ملخص המريض:

טופס גירושה/استمارהإصدار: 11/2020

BILATERAL ניתוח כריתת חצוצרות במהלך ניתוח קיסרי / SALPINGECTOMY DURING CESAREAN DELIVERY قتاة فالوب أثناء الولادة القيصرية

عملية جراحية لاستصال قتاة فالوب: استئصال قناء فالوب لمنع الحمل عن طريق الإخصاب الطبيعي.

طريقة إجراء العملية: استئصال قناء فالوب أثناء الولادة القيصرية.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיביתי הסבר מפורט, על כריתת חצוצרות במהלך ניתוח קיסרי כדי למנוע הרינו בדרך של הפריה טבעית.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحاً تفصيلياً حول استئصال قناء فالوب أثناء الولادة القيصرية لمنع الحمل عن طريق خلال الإخصاب الطبيعي.

הובחר לי שבשל הניתוח לכריתת חצוצרות לא אוכל להרות באופן ספונטני ללא טיפול הפריה חזק גופית. הבנתי את הניתוח ונינתה לי האפשרות לשאול שאלות ולדעת על הפעולה, החלופות הטיפוליות, הסיכוןים וההתועלות.

لقد وأوضح לי أنه بسبب גراحة לסטטוס קנה فالوب לנ אكون قادرָה על الحمل תلقائيamente بدون טיפולים רפואיים ורפואיים. لقد فهمת היבטים הגרה ואתייחסתי למועד הבחירה בין הניתוח והטיפולים הרפואיים והঔדיים.

כמו כן, הוסברו לי החלופות הטיפוליות הקיימות לטיפול במחלה, הוסבר לי כי קיימת שיטה של כריתת חצוצרות כהילך עצמאי ובلتוי תלוי בניתוח קיסרי. יחד עם זאת, מכיוון שאני אמורה לעבור ניתוח קיסרי, אני מבקשת לעבור הילך כריתת חצוצרות תוך כדי הניתוח הקיסרי. הוסברו לי גם החלופות אחרות למניעת הרינו, האפשרויות בסביבות המקרה, היתרונות והחסרונות של כל אחת מהן, וכן הסיכוןים והঔדיים הכרוכים בכל אחת מהן. הוסבר לי כי במקרים מסוימים פועלות העיקור לא תצליח כלל או לא תפעלו לטווח ארוך.

בדלק, תلقית שרحاً حول הבדיקות הדרישתיות לטיפול בהילך, כמו תلقית שרحاً אן هناك طريقة لاستئصال قناء فالوب כإجراء مستقل عن العملية القيصرية. في الوقت نفسه, بما أنه من المفترض أن أحضر عملية قيصرية, أطلب الخضوع لإجراء لסטטוס קנה فالوب أثناء العملية القيصرية. بذلك, תلقית شרحاً حول הבדיקות האחרות ומי יטפל במקרה. كما תلقית שרحاً אן במקרה נדרה جداً أن عملية התעכיבים תfail או לא תنجح על المدىالطويل.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסברו לי תופעות הלוואי לאחר הניתוח והן: כאב ואי נוחות. أنا אصرح وأؤكد بموجبذلك أنني تلقית شرحاً تفصيلياً حول الآثار الجانبية بعد الجراحة وهي: الألم وعدم הרاحة.

הוסבר לי ואני מבינה שקיימות אפשרות שתוקם מהילך הפעולה הרפואי [כריתת חצוצרות במהלך ניתוח קיסרי] יתברר שיש צורך לבצע פעולות טיפוליות נוספת. הוסבר לי כי קיימת אפשרות שלא ניתן יהיה להגיע לכל חלקי החצוצרה בשל הצטלקויות בתוך הבطن. אם במהלך הניתוח יתגלה כי הסיכון בכריתת החצוצרות גבוה מדי, תבוטל כריתת החצוצרות או יוצאו רק מקטעי החצוצרות כדי למנוע הרינו עתידי. ההחלטה על כריתת מלאה או חלקית של החצוצרות תקבע ע"י המתמח במהלך הניתוח בהתאם לממצאים בניתוח.

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

שם המוסسة الطبية: [اسم المؤسسة + شعار]

שם המטופל

שם משפחה/ إسم العائلة :

שם פרטי/ الإسم الشخصي:

ת.ع./ بطاقة الهوية :

שם האב/ إسم الأب:

מבדקת המטופל/ ملخص المريض:

כך נתקייח שרحاً وأنا אتفهمذلك أن هناك احتمالاً بأنه خلال العملية الطبية (استئصال قناة فالوب أثناء الولادة القيسارية) سيتضاع أنه من الضروري إجراء عمليات علاجية إضافية. كما نתקيיח شرحاً أن هناك احتمال أنه لن يكون من الممكن الوصول إلى جميع أجزاء قناة فالوب بسبب وجود ندبات داخل البطن. إذا تبين أثناء العملية أن خطر استئصال قناة فالوب عالي جداً، فسيتم إلغاء استئصال قناة فالوب أو ستتم إزالة أجزاء قناتي فالوب فقط لمنع الحمل في المستقبل. سيتم تحديد قرار الاستئصال الكامل أوالجزئي لقناة فالوب من قبل الجراح أثناء العملية وفقاً لنتائج العملية.

כמו כן، הושברו לי הסיכוןים והסיבוכים האפשריים، לרבות: דימום، זיהום، פגיעה באיברי הבطن או בכלי הדם הגדולים. מחוקרים מראים שכירית חצוצרות מוריידה את הסיכון לחлот סרטן שחנות בעתיד. לא נמצא ירידה בתפקוד השחנתי וברמות ההורמוניים השח溺תיים בטוחה הקצר אך לא ניתן לאמוד את ההשפעה לטוחה הרחוק. הוצאות חצוצרות במהלך ניתוח קיסרי נחשבות לבטוחה והסיכון לתופעת של סיבוכים נלוויים כמו דימומים או זיהומים נמוך ביותר.

כך נתקייח שרحاً حول המخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: النزيف، العدوى، تلفأعضاء البطن أوالأوعية الدموية الكبيرة. تشيران الدراسات إلى أن استئصال قناة فالوب يقلل من خطر الإصابة بسرطان المبيض في المستقبل. لم يتم الكشف عن انخفاض في وظيفة المبيض وفي مستويات هرمون المبيض على المدى القصير ولكن لا يمكن تغافر التأثير على المدى الطويل. تعتبر إزالة قناة فالوب أثناء الولادة القيسارية آمنة وخطر حدوث مضاعفات إضافية مثل النزيف أو العدوى منخفض للغاية.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הושבר לי ואני מבינה שקיימות אפשרויות אחרות מחלוקת כריתת חצוצרות במהלך ניתוח קיסרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפה, לשונתה או לנקט בהיליכים אחרים או נוספיםים שלא ניתן לצפותם מראש לצורך הצלת חיים, או מניעת נזק גופני. לפיכך, אני מסכימה/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספיםים לרבות פעולות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושות במהלך ניתוח או מיד לאחריו כאשר המטופלת עדיין מורדמת או בהתאוששות.

אני אصرح وأؤكد במوجب ذلك>Anني נתקייח שרحاً وأنا אتفهمذلك أن هناك احتمالاً أنه خلال عملية استئصال قناة فالوب أثناء الولادة القيسارية سيتضاع أنه من الضروري توسيع نطاقه،تغييره أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو إضافية أو التي لا يمكن التنبؤ بها مسبقاً بهدف إنقاذ الأرواح أو منع الأذى الجسدي. بناءً على ذلك، أنا أوافق أيضاً على نفس التوسيع، التغيير أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون حيوية أو ضرورية أثناء العملية الجراحية أو بعدها مباشرة عندما تكون المريضة لا تزال تحت التخدير أو في حالة تعافي.

אם הפעולה תבוצע בהרדים הסבר יינתן לי על ידי רופא מרדים ואחרותם על טופס הסכמה ייעודי להרדים.

إذا تم إجراء العملية تحت تأثير التخدير، فسيتم تقديم شرح لي من قبل طبيب التخدير وسأوقع على استمارה موافقة مخصصة للتخدير.

במקרה בו הטיפול נעשה באלהוש מקומי/אזורית/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתני ניתנת בזאת גם לביצוע אלהוש זה, עם או בלי הזרקה תוך ורידית של חומר הרוגעה, לאחר שהושברו לי הסיכוןים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומר הרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרוגעה שעלוות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות נשימה ולבנה.

في حالة إجراء العلاج تحت التخدير الموضعي/الجاني/إحصار عصبي، من قبل الطبيب الذي يجري العملية، أنا أمنح موافقتي أيضًا لإجراء هذا التخدير، مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد، بعد أن تقييم شرحاً حول مخاطر

שם המטופל
שם משפחה/ שם העائلة:
שם פרטוי/ שם الشخصي:
ת.ז./بطاقة الهوية:
שם האב/שם האב:

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

שם المؤسسة الطبية: [اسم المؤسسة + شعار]

מذבקת המטופל/ מلصق המريض:

ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك، رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة لمواد التخدير والمضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدئة التي قد تسبب، في حالات نادرة، اضطرابات في التنفس واضطرابات في نشاط القلب، خاصة لدى مرضى القلب وكذلك لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

ידוע לי שם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובהשגחה מלאים.

معلوم لدي بأنه إذا كان المركز الطبي **חائز** على الانساب الجامعي، فمن الممكنمشاركة الطلاب أثناء التقديم والعلاج وفي المراقبة والإشراف الكامل.

אני יודעת ומסכימה לכך שכריתת החיצירות במהלך הנитוח הקיסרי וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנוהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי شيءuso, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבב שייעשו באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

أنا أعلم وأوافق على أن قناتي فالوب أثناء الولادة الفيصرية وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص الذي يتم تكليفه وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كلياً أو جزئياً من قبل شخص معين، بشرط أن يتم إجراؤها تحت طائلة المسؤولية التي يعمل بها وفقاً للقانون.
אני נותנת בזאת את הסכמי- ת.ז.

لذا أنا أمنح موافقتي بموجب ذلك على إجراء العملية الجراحية.

שם המטופלת/ اسم المريضة:

שם האב	ת.ז.	שם פרטוי	שם משפחה
שם האב	ת.ז.	שם השخصי	שם המשפחה

חתימת המטופלת توقيع المريضة	שעה השעה	תאריך التاريخ
חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסל זין קטין או חוליה נפש) توقيع الوصي (في حالة فاقدة الأهل، قاصر أو مريضة نفسياً)	שם אפוטרופוס (קייבתה למטופלת) שם الوصي (صلة القرابة)	

שם המטופל
שם משפחה/ שם העائلة:
שם פרטי/ ה שםشخصי:
ת.ז./بطاقة الهوية:
שם האב/שם האב:

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

שם المؤسسة الطبية: [שם المؤسسة + شعار]

מذבקת המטופל/ מلخص המידע:

אני מאשר/ת כי הוסבר למטופלת/אפוטרופוס/לმתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירות הדריש וכי הוא/היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתו כי הבינה את ההסבירים.

أنا أؤكّد بموجب ذلك بأنني شرحت للمريضة/للوصي /لمترجم المريضة كل ما ذكر أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنها وقعت على الموافقة أمامي بعد أن افتعلت بأنها فهمت الشرح بشكلٍ تام.

תאריך ושעה التاريخ وال ساعة	חותימת הרופאה/ توقيع الطبيب/ة	שם הרופאה (חותמת) اسم الطبيب/ة (ختم)
--------------------------------	----------------------------------	---

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסביר של הרופא לשפהה של המטופלת וכן, את שאלות המטופלת לרופא.

تصريح המתרגם: أنا أصرّح وأؤكد بأنني قمت بترجمة هذه الوثيقة بشكلٍ تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريضة بالإضافة إلى أسئلة المريضة للطبيب.

תאריך ושעה التاريخ وال ساعية صلةه بالمريضة	חותימת המתרגם/ توقيع המתרגם/ة	שם המתרגם/ اسم المترجم/ة
--	----------------------------------	-----------------------------