

שם המטופל/אם המریץ

שם משפחה/אם העائلة:

שם פרטי/الإسم الشخصي:

ת.ז./بطاقة الهوية: שם האב/إسم الأب:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

כזכ, תלפית/תלפینא שרזא בآن המזפר التي تتعرض لها المرآة تشمل, من بين أمور أخرى, إمكنية العدوی والنزيف, وفي حالات نادرة تتعرض لاضطرابات تخثر الدم التي يمكن أن تهدد الحياة. من الواضح لي/لنا أن الإصابات التي قد تصيب المرآة قد يكون لها أيضاً تأثير على الأجنة.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني قد تلتفیتُ شرحاً وأنا أفهم ذلك أن هناك احتمالاً أنه أثناء عملية تخفيف/ تقليل الأجنة سيوضح أنه من الضروري توسيع نطاقها أو تغييرها أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو إضافية التي لا يمكن التنبؤ بها مسبقاً بهدف إنقاذ الأرواح أو منع الأذى الجسدي. وبناءً على ذلك, فأنا أوافق أيضاً على نفس التوسيع التعديل أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون ضرورية أو لازمة أثناء الجراحة الرئيسية أو بعدها مباشرة.

إذا تم إجراء الجراحة تحت تأثير التخدير, فسيتم تقديم شرح لي من قبل طبيب التخدير وسأوقع استمارة موافقة مخصصة للتخدير.

في حالة إجراء العلاج تحت تأثير التخدير الموضعي/الناحي/ انسداد عصبي من قبل الطبيب الذي يجري العملية أمانح موافقتي بموجب ذلك أيضاً لإجراء هذا التخدير, مع أو بدون حقن المواد المهدئة, في الوريد, بعد أن تلتفیتُ شرحاً حول المخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة ل مواد التخدير والمضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدئة التي يمكن أن تسبب "في حالات نادرة" إلى اضطرابات في الجهاز التنفسي واضطرابات في عمل القلب, خاصة لدى مرضى القلب والمرضی الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

إذا تم أخذ عينة أثناء العملية من أحد أو كل من الأكياس/المشيمة من أجل التوضيح الجيني أو غيره من التوضيح مثل الأمراض المعدية, منوط بالاستشارة المناسبة, فسوف أوقع على استمارة موافقة مخصصة لذلك.

معلومٌ لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائزاً على الانتساب الجامعي, فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج وفي المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق على أن عملية تخفيف/ تقليل عدد الأجنة وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص المكلف الذي تم تعيينه وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كلياً أو جزئياً من قبل شخص معين. بشرط أن تتم تحت طائلة المسؤولية المعمول بها ووفقاً للقانون.

أنا نوتנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הפעולה העיקרית.

نحن מנח موافقتنا بموجب ذلك بإجراء العلاج الرئيسي.

שם האישה/אם المرأة:

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	ת.ז. بطاقة الهوية	שם האב إسم الأب
שם בן/בת הזוג / إسم الزوج/الزوجة:			

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	ת.ז. بطاقة الهوية	שם האב إسم الأب
-------------------------	-------------------------	----------------------	--------------------



שם המטופל/ איש המریץ
 שם משפחה/ איש העائلة:
 שם פרטי/ איש الشخصي:
 ת.ז./ بطاقة الهوية:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

תאריך التاريخ
 שעה الساعة
 חתימת המטופלת ובן/בת הזוג
 توقيع المريضة والزوج/ الزوجة

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

שם אפוטרופוס
 (קירבה למטופל)
 اسم الوصي

(في حالة فاقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسيًا)

(صلة القرابة مع المريض)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים. אני אؤكد بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريضة/ للوصي/ لمترجم المريضة المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعت بأنه هو/هي فهم/فهمت شروحي بشكل تام.

שם הרופא (חותמת) اسم الطبيب (ختم)
 חתימת הרופא توقيع الطبيب
 תאריך ושעה التاريخ والساعة

הצהרת המתרגם: אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלים מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתה של המטופלת וכן את שאלות המטופלת לרופא.

تصريح المترجم: أنا أصرح وأؤكد بأنني قمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكل تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريضة بالإضافة إلى أسئلة المريضة للطبيب.

שם המתרגם/ת اسم المترجم/ة
 חתימת המתרגם/ת توقيع المترجم/ة

תאריך ושעה التاريخ والساعة
 קשריו למטופלת صلته بالمريضة



החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ
 מקבוצת מדרס



שם המוסד הרפואי / לוגו

שם המטופל / שם המریץ
 שם משפחה/الإسم العائلي:
 שם פרטי/الإسم الشخصي:
 ת.ז./بطاقة الهوية:

מדבקת המטופל

04/22 / إصدار / גרסה

טופס הסכמה ל- אסתמרה מואפקה ל- .

**סירוב לדילול (הפחתת) עוברים/ رفض تخفيف (تقليل) عدد الأجنة/ FETAL
 REFUSAL REDUCTION**

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה על דילול/הפחתת עוברים ועל משמעותות הותרת _____ * העוברים שברחם הרבות הסיכונים להפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת המצריכה הפסקת היריון ולידת פגים. הוסבר לי/נו ואני/נו מבינה/ים כי סיכוני הפגות כוללים בין היתר, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות ואשפוז ממושך וכי בהיריון מרובה עוברים גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים.

אנא/נחן אصرַח/נصرַח /אؤكد/ونؤكد بموجب ذلك أنني/אנنا תלפית/تلقينا شرحًا شفهيًا تفصيليًا، حول تخفيف/تقليل عدد الأجنة وحول أهمية ترك _____ * الأجنة في الرحم بما في ذلك مخاطر الإجهاض المبكر أو المتأخر، نزول الماء المبكر الذي يتطلب إنهاء الحمل والولادة المبكرة. كما اتضح لي/لنا وأنا/ونحن أفهم/نفهم أن مخاطر الإجهاض تشمل من بين أمور أخرى، الإصابات الحركية والإصابات العقلية والعصبية والمكوث في المستشفى لفترات طويلة وأنه في حالات الحمل المتعددة يكون معدل الولادات القيصرية مرتفعًا.

* ציין/י במילים ובספרות.
 * אשר/י بالكلمات والأرقام.

אני/ו מצהירה/ים בזאת על סירוב לדילול/הפחתת עוברים.
 أنا / نحن أصرّح/نصرّح بموجب ذلك رفض تخفيف/تقليل عدد الأجنة.

שם האישה/اسم المرأة:

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	ת.ז. بطاقة الهوية	שם האב إسم الأب
שם בן/בת הזוג/ اسم الزوج/الزوجة:			

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	ת.ז. بطاقة الهوية	שם האב إسم الأب
-------------------------	-------------------------	----------------------	--------------------

תאריך التاريخ	שעה الساعة	חתימת המטופלת ובן/בת הזוג توقيع المريضة والزوج/الزوجة
------------------	---------------	---



שם המטופל/אם המریץ
 שם משפחה/אם العائلة:
 שם פרטי/الإسم الشخصي:
 ת.ז./بطاقة الهوية:

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

שם אפוטרופוס
 (קירבה למטופל)

שם אפוטרופוס
 (קירבה למטופל)

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

תوقيع الوصي
 (في حالة فاقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسيًا)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופלת / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופלת את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

أنا أؤكد بهذا بأنني شرحتُ شفهيًا للمريضة/ للوصي/ لمترجم المريضة المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه هو/هي فهم/فهمت شروحي بشكل تام.

שם הרופא (חותמת)
 اسم الطبيب (ختم)

תאריך ושעה
 التاريخ والساعة

חתימת הרופא
 توقيع الطبيب

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

تصريح المترجم: أنا أصرّح وأؤكد بأنني قمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكل تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريضة بالإضافة إلى أسئلة المريضة للطبيب.

שם המתרגם/ת
 اسم المترجم/ة

חתימת המתרגם/ת
 توقيع المترجم/ة

תאריך ושעה
 التاريخ والساعة

קשריו למטופלת
 صلته بالمريضة/ة

