

שם המטופל/שם המريض	שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]
שם משפחה/שם המשפחה:	שם المؤسسة الطبية [اسم المؤسسة + شعار]
שם פרטי/الإسم الشخصي:	
ת.د./بطاقة الهوية:	
שם האב/إسم الأب:	

טופס הסכמה לניתוח לשיקום צנichת איברי האגן/استمارה موافقة על גراحة إعادة تأهيل لهبوط قاع الحوض/pelvic floor prolapse reconstructive surgery

لإصلاح هبوط جدار المهبلي الأمامي / جدار المهبلي الخلفي / القبة المهبالية / الرحم عن طريق:
المهبلي / البطني / بالمنظار أو الروبوتي.

הוסבר לי כי הניתוח יהיה **עם** / **לא** שימוש ברשת לקיבוע דפנות הנרתיק לרקמות האגן (נא להזכיר את המתאים)

لقد تقיניشرحاً بأن العملية الجراحية ستكون مع/ بدون استخدام شبكة لتثبيت جدران المهبلي بأنسجة الحوض
(يرجى وضع دائرة حول المكان المناسب)

ينتج هبوط أعضاء الحوض عند النساء عن ضعف وترابي الأنسجة التي تدعم الأعضاء الموجودة في الحوض. ويتجلى ظهور هذا المرض من خلال بروز المثانة البولية أو الرحم أو الأمعاء الدقيقة أو الغليظة من خلال فتحة المهبلي إلى الخارج.

מטרת הניתוחים בгиשות השונות היא תיקון ההתקלטות של دפנות הנרתיק עיי הרמה וקיובן הצנichה, לעיתים עם כריתת רחם שלמה או Tat Shlma, צוואר הרחם וודף רקמת הנרתיק או החדרת משתלי רשת. הוסבר לי כי בinsons לשיפור בתרחשות הבלט הנרתיקי קיימת אפשרות גם לשיפור בתסמני אי שליטה במותן שתן וצואה ובמראה הקוסמטי.

الغرض من العمليات الجراحية في الأساليب المختلفة هو تصحيح بروز جدران المهبلي عن طريق رفع وتثبيت الهبوط، وأحياناً عن طريق استئصال الرحم بشكل كامل أو جزئي أو استئصال عنق الرحم والأنسجة المهبالية الزائدة أو إدخال غرسات شبكة. كذلك تقיניشرحاً أنه بالإضافة إلى التحسن في الشعور بالهبوط المهبلي، هناك أيضاً إمكانية التحسن في أعراض سلس البول والبراز وفي المظهر التجميلي.

הוסבר לי כי קיימות גישות ניתוחיות שונות לתקן צנichת אברי אגן, והוסבירה לי סיבת הבחירה של סוג הניתוח אותו אני עוברת - הוסבר לי על הטיפול הניתוח המוצע לי כולל מהלך הניתוח, הסכנות, ההצלחות, הכשלונות, החולפות האפשרות והאפשרויות לחזרה הצנichה.

كذلك تقיניشرحاً أن هناك أساليب جراحية مختلفة لتصحيح هبوط أعضاء الحوض، وتم شرح سبب اختيار نوع الجراحة التي سأجريها - كما تقיניشرحاً حول العلاج الجراحي المقدم لي، بما في ذلك مسار الجراحة والمخاطر والنجاحات والإخفاقات والبدائل الممكنة وإمكانية إعادة الهبوط.

אני מצהירה ומארשת בזאת שקיבلت היסבר מפורט, על הניתוח המשיק לצנichת איברי רצפת האגן, הבנתי אותו וניתנה לי האפשרות לשאול שאלות ולדון על הפעולה, החולפות הטיפוליות, הסיכוןם, היסוכויים והתועלות.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تقיניشرحاً تفصيلاً حول جراحة إعادة التأهيل لهبوط أعضاء قاع الحوض، وقد فهمته وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة الإجراءات والبدائل العلاجية والمخاطر والفرص والاحتمالات הפואند. כמו כן، הוסברו לי החולפות הטיפוליות הקיימות לטיפול במצב, כולל פיזיותרפיית ותרגול שריר רצפת האגן, תומכנים נרתיקיים או טיפול ניתוחى.

שם המטופל/שם המريض	שם מشفחה/שם העائلת:
שם פרטי/שםشخصي:	ת.ד./بطاقة الهوية:
שם האב/שם الأب:	

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

שם المؤسسة الطبية [اسم المؤسسة + شعار]

כמו تم شرح البسائل العلاجية المתחילה لعلاج حالتي، بما في ذلك العلاج الطبيعي وتمارين عضلات قاع الحوض أو الدعامات المهبلية أو العلاج الجراحي.

אני מכירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי תופעות הלואים לאחר ניתוח, הסיכונים והסיבוכים האפשריים, הוסבר לי כי במהלך הניתוח קיימת אפשרות לפגיעה בכלי דם, עצבים, עורקים, דרכי עיכול, דרכי השתן – כולל השופכנים, סיכון להיווצרות פיסטוליה בין מערכת השתן ו/או המעי לבין מערכת המין. הוסבר לי כי לאחר ניתוח קיים סיכון לדימום שיצריך לעיתים מותן דם, ליזומם, להיווצרות קריש דם ברגלים או בראיות. הוסבר לי כי תיתכן הופעת/חומרת דליפת צואה, כי זרם השתן עלול להיחלש ואף להיעצר וכי לעיתים יש צורך בניתוח עצמי ו/או ניתוח נוספת. הוסבר לי כי יתכונו כאבים כתוצאה מן ניתוח, זמניים או קבועים, ובهم כאבים בגרמי, כאבים באגן, בבטן, כאבים בירכיים, ברגלים, וכן כאבים בעקבות קיום יחסינו. הוסבר לי כי חלק מהסיבוכים עלולים להתגלות במהלך מלאה, טיפול תרופתי או פיזיותרפיה של רצפת האגן. הוסבר לי כי אין ביחסון שהריפוי יהיה מספק או מלא, ויתכן כי בהמשך יהיה צורך בניתוח נוסף.

ذلك נקבע שرحא أنه بعد العملية الجراحية قد يكون هناك خطר حدوث نزيف قد يتطلب في بعض الأحيان نقل الدم أو الإصابة بالعدوى أو تكون جلطات دموية في الساقين أو الرئتين. كما تم التوضيح لي أن تسرب البول قد يحدث/يزداد سوءاً، وأن تسرب البراز قد يحدث/يزداد سوءاً، وأن تدفق البول قد يضعف بل ويتوقف، وأنه في بعض الأحيان يكون من الضروري إجراء قسطرة ذاتية وأو جراحة إضافية لعلاج هذا الأمر. كذلك نקבע شرحא أنه بعد العملية الجراحية قد يكون هناك خطر حدوث نزيف قد يتطلب في بعض الأحيان نقل الدم أو الإصابة بالعدوى أو تكون جلطات دموية في الساقين أو الرئتين.

كما تم التوضيح لي أن تسرب البول قد يحدث/يزداد سوءاً، وأن تسرب البراز قد يحدث/يزداد سوءاً، وأن تدفق البول قد يضعف بل ويتوقف، وأنه في بعض الأحيان يكون من الضروري إجراء قسطرة ذاتية وأو جراحة إضافية لعلاج هذا الأمر. كما تم التوضيح لي أنه قد يكون هناك آلام نتيجة العملية، مؤقتة أو دائمة، منها آلام המهبلي، آلام الحوض، آلام البطن، آلام הורק، آلام הסاق، وكذلك כאם אثناء الجماع.

وتوضح لي أن بعض المضاعفات قد يتم اكتشافها أثناء العملية، أو في مرحلة لاحقة. كذلك واضح לי أنه من الممكن أن تتطلب هذه الإصابات إصلاحاً جراحيًا تحت التخدير الكامل או العلاج הדואני أو العلاج الطبيعي لقاع الحوض. كما تקבע شرحא أنه ليس هناك ما يضمن أن الشفاء سيكون מرضياً أو كاملاً، وأنه قد يكون من الضروري إجراء عملية جراحية أخرى في وقت لاحق.

הוסבר לי כי הגישה הלפרוסקופית או הרובוטית נעשית ע"י החדרת מכשיר אופטי באזורי בטבור ומכשירים כירורגים נוספים דרך חתכים קטנים בדופן הבטן. התהליך מתבצע עם החדרת גז CO₂ לחלל הצפק דרך מיוחדת. בגישה זו תהיה הצניחה מבוצעת ע"י הרמה וקיובו של הצניחה לרוב עם משתלי רשת לא יצירת פתח בגרמי. הוסבר לי על סיבוכים אופייניים של פעולה זו, הכוללים: כאבים באזורי החתכים, כאבים באזורי הכתפיים, פגיעה באברי הבטן וכלי הדם הגדולים, ואפשרות של פתיחת בטן להשלמת ניתוח או ביצוע פעולה מותקנת.

כמו נקבע שرحא أن الطريقة بالمنظار أو الروبوוטית يتم عن طريق כניסה גוף רפואי بصרי في منطقة הסرة بالإضافة إلى أدوات جراحية إضافية من خلال فتحات صغيرة في جدار البطن. وتم العملية بإدخال غاز ثاني أكسיד הקרبون CO₂ إلى

שם המטופל/שם המريض	שם מشفחה/שם העائلת:
שם פרטי/שם الشخصي:	ת.ד./بطاقة الهوية:
שם האב/שם الأب:	

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

اسم المؤسسة الطبية [اسم المؤسسة + شعار]

التجويف البريتوني من خلال إبرة خاصة. في هذه الطريقة، يتم إجراء إصلاح الهبوط عن طريق رفع وثبت الهبوط، عادةً باستخدام غرسات شبكة دون إنشاء فتحة في المهلل. كما تقيّث شرحاً حول المضاعفات النموذجية لهذه العملية، والتي تشمل: ألم في منطقة الشقوق، وألم في منطقة الكتف، وتلفأعضاء البطن والأوعية الدموية الكبيرة، وإمكانية فتح البطن لاستكمال العملية، التشغيل أو تنفيذ إجراء تصحيحي.

הוסבר לי כי באפריל 2019, נאסר על החברות המסחריות להמשיך בשיווק הרשותות בגישה נרתיקית בלבד בהביחר שאין החלטה זו חלה על סרטים למיניהם דליות שתן והם מותרים לשימושם בהוראת איגוד המזון והתרופות האמריקאי (FDA). איסור זה נתמך על הטענה שלא לא הצלחו להוכיח יתרונות שיצדיקו את הסיכון לסיבוכים אופייניים בנייחוח רשות נרתיקית אשר כוללים כאב אגן כרוני, חשיפת הרשת מעבד לרירית הנרתיק, זיהום, כאבים בזמן יחסית מין, דימום מוגבר והתקנות איברים בשיעור גבוה יותר בהשוואה לשיטות ניחוחות אחרות. על פי הנחיות האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה, ניתן לשקל שימוש ברשות המושתלת בגישה נרתיקית לתיקון צניחה בנסיבות ייחודיות.

كما تم التوضيح لي أنه في نيسان/أبريل 2019، تم منع الشركات التجارية من الاستمرار في تسويق الشبكات ذات الوصول المهبلي فقط في الولايات المتحدة (وتوضيحاً لذلك أن هذا القرار لا ينطبق على حالات منع تسرب البول ويسمح باستخدامها) بأمر من منظمة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA). ويدعم هذا الحظر الإدعاء بأنهم فشلوا في إثبات الفوائد التي تبرر خطر حدوث مضاعفات نموذجية في جراحات الشبكات المهبليّة والتي تشمل آلام الحوض المزمنة، وانكشاف الشبكة من خلال الغشاء المخاطي المهبلي، والعدوى، والألم أثناء الجماع، وزيادة التزيف وتلف الأعضاء زيادة التزيف وانتقاب وتلف الأعضاء بمعدل أعلى مقارنة بالطرق الجراحية الأخرى. وفقاً لإرشادات الجمعية الإسرائيليّة لأمراض النساء والتوليد، من الممكن التفكير في استخدام الشبكة المزروعة في المدخل المهبلي لتصحيح الهبوط في ظروف خاصة.

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי הוסבר לי ואני מבינה שקיימות אפשרויות שתזוך מהלך הניתוח, יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקט בהליכים אחרים או נוספים שלא ניתן לצפות מראשם לצורכי הצלת חיים, או מניעת נזק גופני (הרחבת הניתוח, הפסיקתו, מעבר מניתוח בגישה אחת לגישה אחרת (מלפּרֶזְקוֹפּיה לניתוח לדנית או עם פתיחה בטן). לפיכך, אני מסכימה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פועלות שלדעת רופאי בית החולים יהו"ש חינניות או דרישות במהלך הניתוח או מיד לאחריו, כל עוד לא ניתן היה לקבל את הסכמתם לאותם הליכים (למשל בעקבות הימצאות תחת הרדמה שאינה מאפשרת את קבלת הסכםתי).

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أني تقيّث شرحاً مفصلاً وأنا أدرك أن هناك احتمال أنه أثناء إجراء العملية الجراحية، ستبين أنّه من الضروري توسيع نطاقها أو تغييرها أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية التي لا يمكن توقعها مسبقاً لغرض إنقاذ الحياة، أو منع الأذى الجسدي (توسيع العملية، إيقافها، التغيير من طريقة الجراحة إلى الوصول إلى طريقة مختلفة (تنظير البطن للجراحة عن طريق المهبلي أو مع فتح البطن). بناءً على ذلك، أنا أواقف أيضاً على نفس التوسيع أو التغيير أو تنفيذ الإجراءات الأخرى أو الإضافية، بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون ضرورية أو حيوية أثناء العملية أو بعدها مباشرة، طالما أنه من غير الممكن الحصول على موافقتي على تلك الإجراءات (على سبيل المثال، بسبب كوني تحت التخدير الذي لا يسمح بالحصول على موافقتي).

אם הפעולה תבוצע בהרדמה הסבר יינתן לי על ידי רופא מודדים ואחרותם על טופס הסכמה ייעודי להרדמה.

إذا تم إجراء العملية تحت تأثير التخدير، سوف يقدم لي طبيب التخدير شرحاً حول التخدير وسأقع على استماره موافقة مخصصة للتخدير.

שם המטופל/שם המريض
שם משפחה/שם המשפחה:
שם פרטי/الإسم الشخصي:
ج. /بطاقة الهوية:
שם האב/اسم الأب:

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

اسم المؤسسة الطبية [اسم المؤسسة + شعار]

במקורה בו הטיפול נעשה באחוש מקומי/אזורית/חסימה עצבית, על ידי הרופא המבצע את הפעולה, הסכמתני ניתנת בזאת גם לביצוע אלחוש זה, עם או בלי הזורך תוק ורידית של חומרי הרוגעה, לאחר שהוסבו ליסוכונים והסיבוכים של הרדמה מקומית לרבות תגובה תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה והסיבוכים האפשריים של שימוש בתרופות הרוגעה שעלולות לגרום, לעיתים נדירות, להפרעות בנשימה ולהפרעות בפעולות הלב, בעיקר אצל חוליות לב וחולמים עם הפרעה במערכת הנשימה.

في حالة إجراء العلاج تحت التخدير الموضعي/الجانبي/تخدير العصب، من قبل الطبيب الذي يجري العملية، فإنني أمنح موافقتي أيضاً على إجراء هذا التخدير، مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد، وذلك بعد أن تلقيت شرحاً بعد حول المخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي، بما في ذلك رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة تجاه التخدير والمضاعفات المحتملة لاستخدام المواد المهدئة التي قد تسبب في حالات نادرة اضطرابات في التنفس واضطرابات في نشاط القلب، خاصةً لمن لديهم تاريخ القلب والرئة الذين عانوا من اضطرابات في الجهاز التنفس.

ידעוע לי שאם המרכז הרפואי הינו בעל סינוף אוניברסיטאי, במהלך ההערכה והטיפול עשויים לקחת חלק סטודנטים בפיקוח ובשגחה מלאים.

علومٌ الذي إذا كان المركز الطبي حائزٌ على الانساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج وفي، المرافقه والإشراف الكامل.

אני יודעת ומסכימה לכך שהניתוח וכל ההליכים העיקריים ייעשו על ידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של המרכז הרפואי וכי לא הובטח לי شيءuso, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים ובלבך شيءiso באחריות המקובלת ובכפוף לחוק.

أنا أعلم وأوافق على أن العملية الجراحية وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص المكلف الذي تم تعينه وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كلياً أو جزئياً من قبل شخص معين. يشرط أن تتم تحت طائلة المسؤولية التي يعمل بها ووفقاً للقانون.

אני מוגנת בזאת את הסכמתך לביצוע הניתנות העיקרי.

أنا أمنح بموجب ذلك موافقتي، على، إجراء العملية الرئيسية.

שם המטופלת/ اسم المريضة:

שם האב	ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה
اسم الأب	بطاقة الهوية	الإسم الشخصي	اسم العائلة
חתימת המטופל/ת		שעה	תאריך
توقيع المريض/ة		الساعة	التاريخ

שם אפוטרופוס (קירבה למטרופל) חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולת נפש)



שם המטופל/ اسم המريض	שם משפחה/اسم העائلة :
שם פרטי/ الإسم الشخصي:	ת.د./ بطاقة الهوية:
שם האב/ اسم الأب:	

توقيع الوصي

(في حال فقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسياً)

שם המוסד הרפואי: [שם המוסד + לוגו]

שם المؤسسة الطبية [اسم المؤسسة + شعار]

اسم الوصي

(صلة القرابة مع المريضة)

אני מאשר/ת כי הווסף למטופל/apotropos/لمתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפיירוט הדrush וכי הוא/היא חתום על הסכמתה בפניי לאחר שושכנעתו כי הבין/ה את ההסבירים.

אנו אؤكد במوجب ذلك بأنני שרحت שפヒיא למريضة/للوصي / לתרגם המريضة המذكور לעלה بالكامן وبالتفصיל המطلوب, ובأنه هو/هي וقع/ت على الموافقة أمامי, بعد>An אقتנעת بأنهافهمت الشرح بشكلם תם.

תאריך ושעה
التاريخ وال ساعة

חתימת הרופאה/
توقيع الطبيب/ة

שם הרופאה/ה (חותמת)
اسم الطبيب/ة (ختם)

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

تصريح המתרגם: أنا אصرّح ואؤكد במوجب ذلك بأننيقمתי בתרגום هذه الوثيقة بشكلם תם ו圆满完成 بما في ذلك شرح الطبيب לغة المريضة بالإضافة לASELLA המريضة للطبيب.

תאריך ושעה
التاريخ وال ساعة

קשריו למטופלת
صلته بالمربيضة

חתימת המתרגם/ת
توقيع المترجم/ة

שם המתרגם/ת
اسم المترجم/ة