שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

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

מדבקת המטופל

إصدار /גרסה 03/21

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة لـِ

**הזרקת בוטולינום לטיפול רפואי בספאזם בפנים**

**حقن توكسين البوتولينيوم لعلاج تشنج الوجه
Botulinum toxin injection for facial spasm**

تشنج الجفن الأساسي الحميد (Benign essential blepharospasm- BEB) تشنج الجفن الأساسي الحميد (BEB) هو شكل من أشكال "خلل التوتر العضلي الموضعي" والذي يتميز بإغلاق مفرط لا إرادي للجفون نتيجة تشنج العضلة الدائرية للعين. تتميز هذه الظاهرة بإغلاق لا إرادي للجفون ولفترة غير متوقعة وبالتالي في الواقع تنشأ حالة من العمى الوظيفي. أسباب هذه الظاهرة غير واضحة، على الرغم من أنه تم اقتراح العديد من النظريات الافتراضية في الماضي بما في ذلك تورط العقد القاعدية (basal ganglia) وتعطيل نظام الدوبامين.

حقن البوتوكس مخصصة للعلاج الطبي المؤقت للتشنجات في مناطق محددة في الوجه. يؤدي حقن توكسين البوتولينوم بكميات صغيرة إلى إضعاف أو شلل عضلات تعبيرات الوجه التي تم حقن المادة فيها. وبالتالي يمكن تحقيق تحسّن في التشنج الناتج عن عمل العضلات.

في معظم الحالات يمكن توقع حدوث تحسن خلال أسبوع إلى أسبوعين. يحدث تكرار حدوث التشنج بعد عودة النشاط العضلي الذي تم حقن المادة فيه بشكل تدريجي وفي غضون بضعة أشهر، قد يحافظ الحقن الإضافي بعد تكرار عمل العضلات وبعد ذلك في أوقات مناسبة، وعادةً على فترات أطول على نتائج العلاج.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا مفصلاً بخصوص حقن مادة البوتولينوم لعلاج تشنج الوجه **في** **منطقة** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (المشار إليها فيما يلي بـ "العلاج ألرئيسي) ولقد فهمت ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة و مناقشة الإجراء والبدائل العلاجية والمخاطر والفوائد.

كما أنني تلقيت شرحًا حول البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي: العلاج بالأدوية المهدئة أو الجراحة التجميلية بما في ذلك الاحتمالات والمخاطر في كل من هذه الإجراءات.

وأوضح لي كذلك أنه في معظم الحالات أنه من المتوقع أن يؤدي العلاج الرئيسي إلى تحسين التشنج، وأن حقن البوتولينوم لعلاج التشنج يستخدم على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم وأن **العلاج محظور على النساء الحوامل.**

أنا أصرح وأقر بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا حول الأعراض الجانبية بعد العلاج الرئيسي وهي: نزيف موضعي، ألم في منطقة الحقن وصداع.

كذلك تلقيتُ شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: ضعف العضلات الموضعي في منطقة الحقن المراد التعبير عنه، تدلي الجفن، تدلي الحاجب، والرؤية المزدوجة، وضعف في زاوية الفم وما يترتب على ذلك من عدم تناسق عابر في تعابير الوجه والابتسامة اعتمادًا على المنطقة المحقونة. يمكن أن تستمر هذه الإصابة المؤقتة لعدة أشهر. أيضًا، في حالات نادرة يمكن أن تظهر أعراض مثل الأنفلونزا.

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

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

מדבקת המטופל

في حالات نادرة جدًا تم الإبلاغ أيضًا عن ضعف في مناطق بعيدة عن موقع الحقن ، مثل اضطراب البلع أو ضعف الأطراف. معلومٌ لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج في المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بموجب ذلك على أن حقن البوتولينيوم لعلاج تشنجات الوجه وجميع الإجراءات الرئيسية سوف يتم تنفيذها من قبل الشخص الذي سيتم تكليفه بذلك وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي. وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجرائها كليًا أو جزئيًا من قبل شخص معين، شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المؤسسة ووفقا للقانون.

 **אני מסכים/ה לביצוע צילומים (במצלמה) של ההזרקה באזור הפנים לפני ואחרי הטיפולים (יש לסמן √ בתיבת הסימון רק במידה והנך מסכים/ה). הוסבר לי שצילומים אלו ישמשו למחקר, הוראה ומעקב קליני בלבד.**

 **أنا أوافق على التقاط صور (بالكاميرا) للحقن في منطقة الوجه قبل العلاج وبعده (ضع علامة في خانة الاختيار فقط إذا كنت موافق/ة). كما تم الشرح لي أن هذه الصور ستستخدم في البحث والتدريس والمتابعة السريرية فقط.**

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

أنا أمنح موافقتي بموجب ذلك بإجراء الجراحة الرئيسية.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **ת.ז.** | **שם האב** |

 **إسم العائلة الإسم الشخصي بطاقة الهوية إسم الأب**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **חתימת המטופל** |

 **التاريخ الساعة توقيع المريض**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס(קירבה למטופל)** | **חתימת אפוטרופוס(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)** |

 **إسم الوصي توقيع الوصي**

 **(صلة القرابة مع المريض) (في حال فاقد الأهل، قاصر/ة أو مريض/ة نفسيًا)**

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

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

מדבקת המטופל

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

أقرّ وأؤكد بموجب ذلك بأنني شرحت شفهيًا **للمريض/ة / للوصي على المريض/ة / لمترجم المريض** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه/أنها وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعت بأنه/أنها فهم/ت الشرح كاملًا.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)** **إسم الطبيب (ختم)**  | **חתימת הרופא****توقيع الطبيب** | **תאריך ושעה****التاريخ والساعة** |

**הצהרת המתרגם:** אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

**تصريح المترجم:** أنا أقر وأصرّح بأنني قمت بترجمة هذه الوثيقة بشكلٍ تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريض بالإضافة إلى أسئلة المريض للطبيب.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת****إسم المترجم/ة** | **חתימת המתרגם/ת****توقيع المترجم/ة** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך ושעה** | **קשריו למטופל/ת** |

 **التاريخ والساعة صلته بالمريض/ة**