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

**הצרת השקה ניתוחית / جراحة تضييق ألمَخرَج بالمنظار عن طريق الفم**

**Endoscopic transoral outlet reduction**

إن الهدف من عملية تضييق ألمَخرَج هو علاج زيادة الوزن ومتلازمة الإغراق مبكرًا أو متأخرًا (dumping syndrome)، بعد جراحة المجازة المعدية أو جراحة المجازة المعدية في إطلاق واحد، وفي الارتجاع الصفراوي المراري (biliary reflux) بعد جراحة المجازة الثنائية.

علاج السمنة بالمنظار - لتضييق ألمَخرَج الجراحي بعد جراحة المجازة المعدية أو جراحة المجازة المعدية في عملية إطلاق واحدة يتم إجراؤها بمساعدة جهاز منظار المعدة. منظار المعدة عبارة عن أنبوب مرن يحتوي على ألياف بصرية وكاميرا فيديو يمكن من خلالها رؤية القنوات ومن خلاله يمكن نقل الأجهزة لغرض العلاج. يتراوح طول المنظار الداخلي من 1.20 إلى 1.80 متر وقطره يصل إلى 1.5 سم ويمكن استخدامه لفحص الجهاز الهضمي العلوي.

لغرض تضييق المعدة، يتم توصيل جهاز خياطة بمنظار المعدة - Apollo Overstitch وهو نظام Overstitch معتمد من وزارة الصحة الإسرائيلية (مستلزمات وأجهزة طبية) وإدارة الأغذية والأدوية FDA. يسمح جهاز الخياطة بعمل الغرز حتى سماكة جدار المعدة بالكامل. سيتم تمرير الخيوط الجراحية من خلال الإطلاق الجراحي لتقليص قطرها. سيتم تقليص قطر إطلاق الجراحة الأولية عن طريق نقل الغرز إلى قطر أقل من 1 سم.

أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا مفصلًا، بشأن تضييق نطاق الإطلاق الجراحي ( فيما يلي بـ "الإجراء الرئيسي") وفهمته وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة الإجراء والبدائل العلاجية والمخاطر و الفوائد.

كما أنني تلقيت شرحًاً حول البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي. كذلك تلقيت شرحًا حول مزاياها وعيوبها وآثارها الجانبية والمضاعفات المحتملة. وأوضح لي أيضًا أن بعض هذه التدخلات (مثل النظام الغذائي والتمارين الرياضية) هي جزء من العلاج المطلوب بالإضافة إلى العلاج بالمنظار.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك بأنني تلقيت شرحًا حول الآثار الجانبية بعد العلاج الرئيسي، بما في ذلك الألم، التهاب الحلق، والشعور بالانتفاخ في البطن، القيء، الغثيان، الدوار، الجفاف، الإغماء والحموضة المعوية.

كذلك، لقيتُ شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: نزيف أو تمزق جدار الجهاز الهضمي الذي يتطلب في بعض الحالات إصلاحًا جراحيًا، وتسربًا وتراكمًا للسوائل حول المعدة، ووجود هواء في تجويف البطن، وانسداد رئوي. بشكل عام، عند فحص الجهاز الهضمي العلوي قد يحدث تلف للأسنان بسبب إدخال الجهاز من خلال الفم. هذه المضاعفات غير شائعة (2%-00.5%) وهناك حالات نادرة حيث يكون من الضروري عكس الإجراء وفتح الغرز بسبب الآثار الجانبية.

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

كما تلقيتُ شرحًا وأنا أفهم ذلك أن السمنة مرتبطة بمشاكل طبية كبيرة مثل: ارتفاع ضغط الدم، السكري، توقف التنفس أثناء النوم، ارتفاع نسبة الدهون في الدم (ارتفاع الكوليسترول), العقم, الأورام الخبيثة ومرض الجزر المعدي (الارتجاع

 المريئي

المعدي المعوي في الجهاز الهضمي)، التهاب المفاصل، الصداع المزمن، النقرس، القصور الوريدي، أمراض الكبد المحيطية وفشل القلب من بين أمور أخرى.

كذلك تلقيتُ شرحًا وأنا أفهم ذلك أن فقدان الوزن وتحسين المشاكل الطبية المتعلقة بالسمنة لا يعتمد فقط على نجاح إجراء التنظير الداخلي للسمنة، ولكن أيضًا على تكامل أسلوب الحياة الصحي, والذي يتضمن التغذية السليمة والتمارين الرياضية.

كذلك تلقيتُ شرحًا وأنا أفهم ذلك أنه لا يوجد ضمان بأن أيًا من الشروط المذكورة سوف يتحسن أو سوف ينتهي نتيجة لهذا الإجراء.

كذلك تلقيت شرحًا وأنا أفهم ذلك أن التغييرات المتوقعة في وزن الجسم نتيجة إجراء تنظير السمنة:

* اضطراب فقدان الوزن: كذلك تلقيت شرحًا حول متوسط فقدان الوزن الذي يمكن رؤيته بعد عملية تنظير السمنة (بعد عام 15% من الوزن الإجمالي و- 50% من الوزن الزائد). أدركُ أنه لا توجد طريقة للتنبؤ بفقدان وزني بعد الإجراء. يمكن أن تكون إجراءات إنقاص الوزن متغيرة وغير متوقعة. أدرك أن التزامي للتوصيات الغذائية أمر بالغ الأهمية لنجاح إنقاص الوزن بعد إجراء تنظير البدانة.
* تكرار زيادة الوزن: أعلم أن زيادة الوزن قد تتكرر مرة أخرى. يمكن أن يحدث هذا بسبب عدد كبير من العوامل. كما أني أدرك أن الإفراط في تناول الطعام يمكن أن يؤدي إلى فشل إجراء التنظير الداخلي للسمنة.

تحذيرات خاصة لعلاج الحالات الصحية الخاصة (إن وجدت): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 كذلك تلقيتُ شرحًا وأنا أفهم ذلك أن هناك احتمال أنه خلال الإجراء الطبي، في إطلاق التضييق عن طريق التنظير الداخلي ضروري لعمليات علاجية إضافية لإجراء العملية مثل: خزعة الغشاء المخاطي في المعدة أو المريء، واستئصال الزوائد اللحمية.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا وأنا أفهم ذلك أن هناك احتمال خلال مسار عملية تضييق الإطلاق الجراحي سيتضح أنه من الضروري توسيع نطاقه أو تعديله أو اتخاذ اجراءات أخرى أو غير ذلك من الإجراءات الغير متوقعة لإنقاذ الأرواح أو منعاً للأضرار الجسدية. لذلك، أنا أوافق أيضًا على نفس التوسيع أو التعديل أو الإجراءات الأخرى أو الإضافية، بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد الأطباء في المستشفى أنها ضرورية أو لازمة أثناء العلاج الأساسي أو بعدها مباشرة.

سوف يتم إجراء العملية تحت تأثير التخدير فسيتم تقديم شرح لي من قبل طبيب التخدير وسأوقع على استمارة موافقة مخصصة للتخدير.

معلومٌ لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج في المراقبة والإشراف الكامل.

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

أنا أعلم وأوافق على أن عملية تضييق الإطلاق الجراحي وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص المكلّف بذلك وفقًا لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجرائها من قبل شخص معين بشرط أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المؤسسة وبموجب القانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

أنا أمنح موافقتي بموجب هذا بإجراء العلاج الرئيسي.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 أو مريض نفسياً)**

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.

أنا أؤكد بذلك أنني شرحت شفهيا **للمريض / للوصي / لمترجم المريض** جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/أنها وقّع/ة على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيري بشكل تام.

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

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

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

**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 أصرّح وأؤكد بأنني قمت بترجمة هذه الوثيقة بشكل تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريض/ة 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**