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 12/21

טופס הסכמה ל- إستمارة موافقة لـِ

**טיפול בעכירות משנית של הקופסית האחורית על ידי לייזר יאג (קפסולוטומיה)/**

**علاج العتامة الثانوية للغلاف الخلفي بواسطة ليزر ياج (كبسولوتوميا)/**

 **YAG Posterior Capsulotomy for treating secondary**

 **opacification of the posterior capsule**

طبيعة المشكلة الطبية: ضعف ثانوي.

بعد جراحة الساد (إعتام عدسة العين)، قد يكون هناك غشاوة على الغلاف الخلفي الذي يحمل العدسة الاصطناعية. تسمى هذه الحالة "ضعف ثانوي" ويمكن أن تسبب انخفاضًا في جودة الرؤية. علاج "الضعف الثانوي" عن طريق عمل فتحة في الجزء الخلفي من كيس العدسة باستخدام ليزر ياج YAG.

يتم إجراء العملية أثناء الجلوس أمام جهاز ليزر مخصص لذلك، وتحت تخدير موضعي بواسطة قطرات وتستمر عدة دقائق. يستخدم الطبيب المعالج في بعض الحالات عدسة علاجية متصلة بقرنية المريض. يرسل الجهاز أشعة ليزر مركزة إلى الغلاف الخلفي وإحداث فتحة صغيرة فيها يسمح للضوء بالاختراق من خلالها وبالتالي تحسين حدة البصر.

أصرح وأؤكد بذلك أنني تلقيتُ شرحًا مفصلاً عن علاج الانسداد الثانوي للغلاف الخلفي بواسطة ليزر ياج ((YAG Laser Capsulotomy (( فيما يلي "العملية الرئيسية")، لقد فهمتُ ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشتها حول العملية، البدائل العلاجية، المخاطر والفوائد.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע טיפול בעכירות משנית של הקופסית האחורית על ידי לייזר יאג YAG Laser Capsulotomy  **בעין ימין / עין שמאל / שתי העיניים** (יש לסמן את המתוכנן)

أنا أمنح بموجب ذلك موافقتي على علاج العتامة الثانوية للغلاف الخلفي بواسطة ليزر ياج YAG Laser Capsulotomy **في العين اليمنى / العين اليسرى / كلتا العينين** (ضع علامة على العين المخطط لها)

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك، أنني تلقيتُ شرحًا مفصّلاَ حول الآثار الجانبية بعد العملية الرئيسية والتي تشمل رؤية النقاط السوداء العائمة (Floaters).

كذلك، تلقيتُ شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: زيادة ضغط العين، وذمة القرنية، تلف العدسة الاصطناعية، إزاحة العدسة الاصطناعية، التهاب داخل العين، نزيف داخل العين، وذمة الشبكية، ثقب/ تمزق الشبكية وانفصال الشبكية.

أنا أعلم وأوافق على أن إجراء عملية العتامة الثانوية للغلاف الخلفي بواسطة ليزر ياج ((YAG Laser Capsulotomy وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص المكلّف بها وفقًا لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كليًا أو جزئيًا، من قبل شخص معين شريطة أن تتم تحت طائلة المسؤولية المعمول بها ووفقاً للقانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

أنا أمنح موافقتي بموجب ذلك بإجراء العلاج الرئيسي.

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 حالة فاقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسيًا)**

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.

أقرُّ بهذا بأنني شرحتُ شفهيًا **للمريض**/ **للوصي** **على المريض** **/ لمترجم المريض** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنع/ت بأنه / أنها فهم/فهمت الشرح بشكل كامل.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)** | **חתימת הרופא** | **תאריך ושעה** |

 **إسم الطبيب (ختم) توقيع الطبيب 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 قمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكلٍ 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**