טופס הסכמה: ניתוח למתיחת פנים
FACELIFT
إستمارة موافقة: عمليّة شدّ الوجه

العملية هي عملية تجميل مُعَدّة لشدّ جلد الوجه والعنق وإزالة الزوائد الدهنية في منطقة الوجه. لا توقف العملية مراحل شيخوخة الجلد.
تُجرى العملية تحت تأثير تخدير موضعيّ بإضافة موادّ مهدِّئة، أو تحت تأثير تخدير عامّ.

اسم المريض/ة / שם החולה:_____

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصيّ/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رَقْم الهُوِيَّة/ ת.ז.
_____	_____	_____	_____

أعلن بهذا وأقرّ بأنني تلقيت شرحًا شفويًا مفصّلاً من الدكتور _____

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصيّ/ שם פרטי
_____	_____

عن عملية لشدّ الوجه وعن المناطق المُعَدّة للشدّ. وُضّحت لي التوجهات الجراحية المتّبعة والتوجه الجراحي الذي اختير. تقرّر، بعد الفحص، إجراء: **شدّ وجه- عنق/ شدّ جبين/ تصحيح الجفون/ تقشير حول الفم*.**
عمل آخر- فصّل _____ (في ما يلي: "العملية الأساسية").
وُضّحت لي النتائج المأمولة ومحدودية القدرة على التصحيح في العملية، وكذلك احتمال تكوّن لاتماثل في الوجه.
وُضّحت لي العوارض الجانبية بعد العملية الأساسية بما فيها: الألم وعدم الشعور بالراحة، انتفاخ ملحوظ وشدّ زائد في الوجه، وتشويهات في الشعور، تزول بعد مدة من الزمن.
وُضّح لي أنه، في الأحوال كلها، تتبقّى ندوب في منطقة الجروح. وُضّح لي أن شكل الندوب المتبقية متعلق بنوع جلدي وصفات تعافيه، وهناك حالات تتطوّر فيها ندوب كلوئيدية.
كما أنه وُضّحت لي المضاعفات المحتملة بما فيها: النزيف، التلوث، انفتاح هوامش الجروح، غرغرينا نسيجية في منطقة الجروح، وانعدام الشعر في مناطق الجروح. كما أنه من المحتمل حدوث إصابات عصبية تتمثّل بالشلل، إلى درجة اللاتماثل في الوجه، و/ أو إصابة شعورية.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
وُضّح لي- وأنا أدرك- أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح- في أثناء العملية الأساسية- وجود حاجة إلى توسيع نطاقها، تغييرها، أو اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيّة، بما في ذلك عمليّات جراحيّة إضافيّة، لا يمكن توقّعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيّة، بما في ذلك عمليّات جراحيّة، سنكون- كما يعتقد أطبّاء المؤسسة- حيويّة أو مطلوبة في أثناء العملية الأساسية.
تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعيّ مع أو من دون حقن وريديّ بموادّ مهدِّئة، بعد أن وُضّحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير الموضعيّ، بما فيها ردّ فعل تحسّسيّ بدرجات متفاوتة للتخدير الموضعيّ، والمضاعفات المحتملة لاستخدام الأدوية المهدِّئة، الذي من الممكن أن يتسبّب، في حالات نادرة، بإعاقات في التنفس وتشويهات في عمل القلب، خصوصًا لدى مرضى القلب ومرضى الجهاز التنفسيّ. إذا تقرّر إجراء العملية الأساسية تحت تأثير تخدير عامّ، فسأتلقى شرحًا عن التخدير من اختصاصيّ التخدير.
أنا على علم، كما أنني أوافق على أن تجرى العملية الأساسية والإجراءات الأخرى جميعها بيد مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنني لم أتلقّ ضمانة أنّه ستُجرى كلّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون. وإن المسؤول عن العملية سيكون** _____.

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

التّاريخ/ תאריך	السّاعة/ שעה	توقيع المريض/ة / חתימת החולה
_____	_____	_____

اسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيّ (في حالة فقد الأهليّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)
_____	_____

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصيّ على المريض/ ة* الوارد أعلاه كلّه، بالتفصيل المطلوب، وبأنّه/ ها وقّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ ها فهم/ ت شروحي كاملة.

اسم الطّبيب/ة / שם הרופא/ה	توقيع الطّبيب/ة / חתימת הרופא/ה	رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון
_____	_____	_____

*يُرجى شطب الزّائد وإحاطة المتعلّق بالموضوع بدائرة/ מחק/י את המיותר והקף/י בעיגול את הרלוונטי.

**إملأ/ي في حالة مريض/ة خاصّ/ة / מלא/י במקרה של חולה פרטית.