

Clinics

Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.
Haifa 13 Sherit Hapleta st.
Nahariya 21 Sokolov st.

1800-331-441
Tel. 972-4-8550930 טל'
Tel. 972-4-8550931 טל'
Tel. 972-4-9824777 טל'
Fax. 972-4-8550929 פקס
www.drgovrin.co.il

מרפאות

חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4
חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה
נהריה - רח' סוקולוב 21

موافقة على اجراء عملية ازالة افات الجلد

ازالة افات الجلد او في الانسجة تحت الجلد تجرى من اجل التمييز, علاج واو تحسين مظهر جمالي او راحة. الافات يمكن ان تكون ذات خصائص علاجية او لها خصائص خبيثة اختيار الطريقة لازالة الافة تعتمد على كبر الافة, شكل اساسه مظهره ومكانه في الجسم. واذا ما كان يشته في الافة بانها خبيثة في كل حالة تزال افة سيقي جرح الطرق المتعارف عليها لازالة الافة : هي قص جراحي وغرز, وبشكل عام, ترسل الافة التي تم اخذها الى فحص ميكروسكوبي للانسجة (علم الانسجة). احيانا في الاورام الخبيثة في مناطق معينة في الوجه, التي لم تزال بشكل كامل تجرى المراقبة للانسجة, خلال العملية, حيث تفحص اطراف الافة في كل مرحلة في غرفة العملية. (MOHS) طرق ازالة اخرى : حك الافة والحرق بواسطة ابرة كربائية, حرق بواسطة الليزر, موجات الراديو, او التجميد بواسطة سائل النيتروجين. يتم اختيار طريقة ازالة الافة حسب نوع الافة والطرق المتبعة.

في حالات الازالة بالجراحة, فان اطار الازالة يحدد على اساس خصائص الافة التي ذكرت. في تلك الحالات يتم تاهيل المنطقة المفقودة بواسطة تقريب طرفي الجرح والغرز (خياطة اولي). في حالة وجود نقصان لا يمكن اعادته بواسطة خياطة طرف الى طرف, يتم تاهيل المنطقة بواسطة ازاحة الجلد من منطقة مجاورة (علاقة) او زراعة جلد اخذ من منطقة اخرى (غرسة). كبر الجرح الذي يبقى يمكن ان يكون اكبر ب3- من كبر اساس الافة في حالات الخياطة الاولى, و احيانا اكبر في حالات اعادة التاهيل بواسطة علاقة او غرسة. تتم ازالة الغرز, بشكل عام, حتى اسبوعين بعد العملية, حسب منطقة العملية. في حالات لا تتم بها اعادة تاهيل (غرز) لطرفي الجرح, يبقى جرح العملية مفتوحا للشفاء من طرفيه, لمدة حوالي, عدة اسابيع. شكل الجرح الذي يبقى يعتمد على المنطقة التي تمت بها الازالة, هيكل الجلد والرد لشفاء الجرح لكل مريض. ازالة الافة تتم, بشكل عام, بالتخدير الموضعي و احيانا بعيدة جدا بتخدير منطقة او عام. هناك حالات توجد حاجة لازالة مجددة لمنطقة الافة, حسب الرد التشريحي.

الاسم الشخصي _____ العائلة _____ رقم الهوية _____

انني اصرح / واصادق / بذلك انني حصلت على الشرح المفصل شفهي من الدكتور _____ عن عملية ازالة الافة / افات جلدية (فيما يلي " العملية الرئيسية").

انني اصرح / واصادق بذلك انه اعطي لي شرح حول النتائج المتوقعة, أي, ازالة الافة بكاملها او باغلبها, وعن نوع الجرح. شرحت لي طرق العلاج المتعارف عليها وممكنة من اجل ازالة الافة, والمخاطر والاحتمالات المرتبطة لكل واحدة من طرق العلاج, الفحوصات والاجراءات المتعلقة بها, وملائمتها للافة نفسها. ايضا شرحت لي حسنات الطريقة التي تم اختيارها من اجل ازالة الافة على البدائل الممكنة. شرح لي ان ازالة الافة بالليزر

لا يمكن اجراء فحص تشريحي, للافة, الا اذا تم اجزاء قسمه بسكين. انني اصرح واصادق بذلك انني حصلت على شرح حول الاعراض الجانبية بعد

العلاج الرئيسي, بما في ذلك: نزيف دموي, احمرار, انتفاخ, اوجاع وعدم راحة. اوضح لي انه في كل حالة ستبقى جرحات في المنطقة التي منها اخرجت الافة. ايضا شرحت لي المضاعفات الممكنة خلال العلاج الرئيسي وبعده بما في ذلك : نزيف موضعي, تلوث موضعي, فتح غرسات, عدم استقبال الحامل او الغرسة, جرحات بارزة,

תגבירות פי لون الجلد (فقدان اللون او زيادة اللون في المنطقة المعالجة) واصابة الاعصاب الجانبية التي يمكن ان تؤدي في اماكن معينة في الجسم, الى ضعف و/او فقدان

الشعور المؤقت او الدائم في منطقة العملية و/او المنطقة المجاورة. هذه المضاعفات والاخرى التي لم تفصل غير شائعة. ائمنح بذلك موافقتي على تنفيذ

العلاج الرئيسي. موافقتي تمنح ايضا لتنفيذ تخدير موضعي وفي منطقة مع او بدون حقنة في الوريد لمواد التهدئة بعد ان شرحت لي مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك تفاعل الحساسية بدرجات مختلفة لمواد التخدير وتفاعل ممكن لادوية تهدئة يمكن, احيانا نادرة,

ان تؤدي الى مشاكل في التنفس واعاقات في نشاط القلب لدى مرضى القلب ومرضى الاجهزة التنفسية. ايضا و شرحت لي امكانية الحاق الضرر العصبي و/او متنقل, بتخدير موضعي. اذا ما كانت حاجة لتخدير عام ساحصل على شرح مفصل من طبيب التخدير

ايضا انني اصرح واصادق بذلك انه شرح لي وانا افهم انه يوجد احتمال خلال مراحل العملية الرئيسية ان يتضح وجود حاجة لتوسيع اطارها تغييرها او اتخاذ اجراءات اخرى او اضافية من اجل انقاذ الحياة او منع ضرر جسدي, بما في ذلك عمليات جراحية لا يمكن توقعها حاليا بشكل مؤكد او كاملة, الا ان معناها شرح لي. لذلك فائني وافق ايضا على هذا التوسيع, تغيير او تنفيذ اجراءات اخرى او اضافية, بما في ذلك عمليات جراحية يعتقد

الجراح انها حيوية او ضرورية خلال مراحل العملية الرئيسية. انني وافق على اجراء تصوير صوري قبل وبعد العلاج لحاجات علمية, تعقب وتوثيق. شرح لي ان

الطب والجراحة التجميلية تحديدا, لا تعتبر علما دقيقا, وانه لا يمكن منع مضاعفات ونتائج غير مرضية. يتعهد الجراح بالمعالجة باخلاص في كل مضاعفات او نتائج غير مرضية. الا انه, اوضح لي انه لا يمكن استعادة مادية من أي نوع, بسبب مضاعفات او نتائج غير مرضية بعد العلاج. ايضا, لن يعوض كل ضرر مالي او اخر سيحدث في اطار العلاج مثل فقدان ايام عمل, شراء ادوية, سفريات خاصة, دخول مستشفى و/او كل ضرر مباشر او غير مباشر سيحدث بعلاقة مباشرة او غير مباشرة لنتائج العلاج الذي احصل عليه. اذا ما تقرر بعد فترة من زمن النقاهاة التي تتواصل حوالي سنة بوجود حاجة لعلاج تعديلي, فانه سينفذ بالموافقة بين الطرفين. بقيمة السعر بواسطة او قبل تحديد الجهة المؤمنة. انني اتعهد الاستمرار في المتابعة الدورية لدى طبيب جراح او طبيب معالج كما يحدد, والاعلام في اموعد عينه عن كل تغيير غير متوقع خلال النقاهاة.

توقيع المعالج / الوصي: _____ تاريخ: _____ ساعة: _____

اني اصادق انه شرحت للمعالج / الوصي كل ما ورد اعلاه بالتفصيل المطلوب وان التوقيع تم بعد ان اقتنعت ان شرحتي فهم كاملا.

خاتم وتوقيع الطبيب _____ تاريخ: _____ ساعة: _____