

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 جراحة الانف

هدف العملية او تعديل مظهر الانف و/او تحسين تنقل الهواء عبر الانف
اسم المعالج: _____ - رقم الهوية: _____

اشرح واصادق انني حصلت على الشرح الكامل شفهيًا من الدكتور _____ حول : جراحة الانف التجميلية / حاجز
الانف / ابعاد التوربينات / تعديل
تجميلي . فصل الاجراءات المخططة

شرحت لي نتائج متوقعة وعواقب مقدرة تعديل العملية, التي لها علاقة, في جملة الامور, بمبنى انفي نوع الجلد الذي يغطي الجلد
وعمري, واستنتاجات غير متوقعة ستظهر خلال العملية الرئيسية. اعرف انه يمكن تقدير نتيجة العملية بعد سنة من يوم العلاج
انني اشرح واصادق بذلك انه شرحت لي الاعراض الجانبية بعد العملية الرئيسية بما في ذلك : اوجاع, عدم راحة, غثيان وتقيؤ
دم, انتفاخ خارجي وداخلي, حتى صعوبة التنفس, ونزيف دموي تحت الجلد.

اعرف انه في كل حالة جراحة فتحة الانف ستبقى
علامات جرح في قاعدة فتحة الانف. شرح لي ان شكل الجرح يتعلق بنوع جلدي وخصائص علاجية وهناك حالات نادرة ستبرز
جروحات تكتيلية

ايضا شرحت لي المضاعفات الممكنة, بما في ذلك : نزيف, تلوث, ثقب في جدار الانف (في حالة تعديل جدار الانف), مشاكل
في حس الرائحة, نزل وصعوبة في التنفس
لفترة طويلة. ايضا يحتمل ان يحدث ضرر لانسجة عميقة مثل العضلات والقنوات الدمعية, الضرر الخارجي لجلد الانف, وعدم
تناسق في مبنى الانف مثل بروز غضروفي عبر الجلد
انني امنح بذلك موافقتي على تنفيذ العملية الرئيسية.

شرح لي ان العملية تجري تحت تخدير موضعي وتهدة عميقة. شرح حول التخدير العام , اذا ما طلب, سيقدم من قبل المخدر.
ايضا انني اشرح واصادق بذلك انه شرح لي وانا افهم انه يوجد احتمال وخلال العملية الرئيسية بوجود حاجة لتوسيع اطار
العملية, 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 قطعي او كامل, الا

ان معناها شرح لي. لذلك انني وافق على هذا التوسيع, تغيير او تنفيذ اجراءات اخرى او اضافية, بما في ذلك عمليات جراحية
يعتقد الجراح انها ضرورية او حيوية خلال مراحل العملية الرئيسية.

انني وافق على اجراء تصوير قبل وبعد العلاج لحاجلت علمية, توثيق وتعقب.
شرح لي ان الطب والجراحة التجميلية تحديدا, لا تعتبر علما دقيقا, وانه لا يمكن قطعيا منع مضاعفات ونتائج غير مرغوب فيها.
الجراح يتعهد بالمعالجة باخلاص في أي مضاعفات او نتائج غير مرغوب فيها. الا انه, اوضح لي انه لن يمنح تعويض مالي من
أي نوع, بسبب مضاعفة او نتيجة غير مرغوب بها بعد العملية. ايضا لن تمول اضرار مالية او اخرى ستحدث من جراء العلاج
مثل فقدان ايام عمل, شراء ادوية, سفريات خاصة, نقاهة, و/او كل ضرر مباشر او غير مباشر سيحدث بعلاقة مباشرة او غير
مباشرة لنتيجة العلاج الذي اعبره.

اذا ما تقرر بعد فترة من زمن النقاهة الذي هو حوالي السنة انه توجد حاجة لاجراء عملية تعديليتها فانها ستجرى بموافقة
الطرفين وبسعر قيمة استعمال غرفة العملية
فقط

انني اتعهد الاستمرار بتابعة دورية لدى طبيب جراح او الطبيب المعالج كما يحدد, وابلاغ في الوقت أي تغيير غير متوقع خلال
مراحل النقاهة.

Clinics	1800-331-441	מרפאות
Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.	Tel. 972-4-8550930 טל'.	חיפה - בית הרופאים, שד' בן גוריון 4
Haifa 13 Sherit Hapleta st.	Tel. 972-4-8550931 טל'.	חיפה - רח' שארית הפליטה 13, דניה
Nahariya 21 Sokolov st.	Tel. 972-4-9824777 טל'.	נהריה - רח' סוקולוב 21
	Fax. 972-4-8550929 פקס.	
	www.drgovrin.co.il	

אصادק انه كان لي الوقت للتصفح والحصول على رأي اضافي حسب اختياري
توقيع المعالج/الوصي يوم استلام الاستمارة لأول مرة: _____
تاريخ: _____ ساعة: _____
توقيع المعالج/الوصي في المرة الثانية: _____
تاريخ: _____ ساعة: _____

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

ختم وتوقيع الطبيب _____ تاريخ: _____ ساعة: _____