

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 تكبير الثدي بغرس سيليكون جل

العملية لتكبير الثدي هي عملية تجميلية (أحيانا كجزء من اعادة الثدي). التكبير يتم بواسطة ادخال غرسة من السيليكون التي تحتوي بداخلها على سيليكون جل.

العملية تجرى بواسطة مواد تهندئة وتخدير موضعي او تخدير عام.

اسم المعالج : _____ رقم الهوية : _____

انا الموقعة ادناه اطلب من الدكتور _____ اجراء عملية تكبير الثدي / اعادة الثدي الايمن / الايسر / الثديين بواسطة غرسات من السيليكون.

انني اصرح بهذا انني حصلت من قبل الطبيب الجراح الشرح المفصل شفها عن نتائج مامول بها, القيود, المخاطر المتوقعة وطرق العلاج البديلة الممكنة في نفس الظروف بما في ذلك الاحتمالات والمخاطر التي تتبع من تنفيذ العملية. شرح ايضا انه لا توجد معطيات دقيقة حول طول حياة الغرسة, ونسبة التمزق التلقائي للغلاف. شرح ايضا انه في حالة التمزق او اصابات, من المحتمل ان تكون حاجة لعملية اخرى لتغيير الغرسة.

انني وافق على اجراء تخدير موضعي او كامل حسب راي الاطباء المعالجين واصرح بذلك انه شرحت لى مخاطر متوقعة لها علاقة بكل نوع من التخدير.

انني اصرح انه شرح لي وانني افهم انه لا يمكن التوقع بشكل دقيق النتيجة النهائية للعملية. وبما ان بني البشر لا يعتبرون متشابهين من المبني التشريحي وتركيب الانسجة, فان الرد للعملية, وتأثير الجروح يحتمل ان يكون مختلفا من معالج واحد واخر. انني اعرف انه في كل الاحوال ستبقى جروح في مكان ادخال الغرسات, وقسم من الاشخاص لديهم ميل لتطور الجرح الكبير والبشع او الكلويد الذي يمكن ان يؤدي الى حساسية, حكة, عدم راحة, ومنظر غير جميل. التفاعل بين شخص واخر يمكن ان يكون في اعقاب ادخال غرسات مختلفة مثل : جل السيليكون, او تناول الادوية. وبما ان هذه الامور لا سيطرة كاملة عليها من قبل الجراح, يمكن لنتيجة العملية ان تختلف بين واحد واخر. لذلك افهم ايضا ان تفاعلي للعملية والمضاعفات التي وردت اعلاه لا يمكن توقعها بشكل دقيق, لذلك اصرح انه لم امنح تعهدا او ضمانا حول نتيجة العملية التي ستجرى لي.

انني افهم انه كما في كل عملية يمكن ان تكون مضاعفات غير مرغوب بها : تلوث, يلزم علاجاً بالمضادات الحيوية القوية, وفي حالات فشل العلاج ستكون حاجة لاجراج الغرسة المتلوث, او فتح الغرز, اوجاع صعبة, عدم راحة, بروز دائم للحلمات, وتغيير في شعور الحلمة والثدي كله, وعدم تناسق بين الثديين, مثل الولوج الى الصدر والرننتين, التي تنتهي بالموت. ايضا تحتمل مضاعفات اخرى.

انني اصرح انني اعرف انه توجد مشكلة لتقلص الكبسولة – أي تشكيل انسجة ترابطية صلبة حول الغرسة, التي يمكن ان تؤدي الى اوجاع واعوجاج الثدي, واحيانا, دون امكانية تعديله بواسطة عملية اضافية, أي عملية تغيير الغرسة وقطع الكبسولة الثابتة

انني اعرف ان هذا التصلب يعتبر ردا فيزيولوجيا للجسم من جراء زراعة جسم غريب, وهي غير خطيرة بحد ذاتها. انني اعرف ايضا انه يحتمل وجود تسرب مجهري لجل السيليكون عبر جدار غطاء الغرسة. اعرف انه طرحت خشية حول العلاقة بين جل السيليكون وتطور انواع سرطانية مختلفة, وامراض الروماتويد او اجهزة المناعة, الا انه حتى اليوم لم يثبت بشكل علمي وجود علاقة معينة من هذا القبيل. افهمت ايضا ان ادخال الغرسة يضر بشكل معين في مقدرة الكشف عن اورام الثدي, تحديدا الكشف التصوير الشعاعي للثدي.

انني اعرف ان تغييرات بعيدة المدى في الوزن, حمل, ولادة, والرضاعة تغيير شكل الثدي ويمكن ان تؤدي الى انخفاض الثديين. ايضا شرح لي ماهية جراحة رفع الثدي, انني اعرف انه يرافق بزيادة الجروح, لذلك فانني غير معنية به. اعرف ان القرار حول كبر الغرسة هو نهائي, وتغيير الكبر بعد انتهاء العملية يلزم عملية اخرى. انني اصادق انني

Clinics	1800-331-441	
Haifa - Beit Harofim 4 Ben Gurion st.	Tel. 972-4-8550930	טל' .
Haifa 13 Sherit Hapleta st.	Tel. 972-4-8550931	טל' .
Nahariya 21 Sokolov st.	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

فحصت انواع وكبر الغرسات المختلفة, وانني اوافق على ادخال الغرسة التي تم اختيار كبرها من قبلي, بمساعدة الجراح. شرح لي ايضا, ان الغرسات التشريرية يمكن ان تدور, ولا يمكن منع ذلك مسبقا. اعرف وشرح لي ان نوع السيليكون الذي منه مكونة الغرسة الذي سيغرس في جسدي صنع على اساس افضل المعلومات والخبرة المهنية المعروفة حتى اليوم الا انه لا يمكن من خلالها ضمان بشكل كامل عدم ظهور اعراض جانبية. انني اعرف ان نتائج العملية لن تحفظ طوال الحياة وان عملية انخفاض الثدي ستستمر.

موافقتي ايضا تمنح لتنفيذ تخدير موضعي مع او بدون الحقن في الوريد لمواد التهدة بعد ان شرحت لي مضاعفات والمخاطر للتخدير الموضعي بما في ذلك تفاعل الحساسية المختلف لمواد التخدير, والمضاعفات المحتملة من استعمال مواد التهدة, التي يمكن ان تؤدي, احيانا نادرة, الى اضطرابات في التنفس واضطرابات في عمل القلب, تحديدا لدى مرضى القلب والمرض مع مشاكل في جهاز التنفس.

انني اعرب عن موافقتي لتنفيذ العملية الرئيسية. شرح لي انه احيانا العملية تنفذ بتخدير موضعي وتهدة عميقة. الشرح حول التخدير الشامل يعطى لي من قبل مخدر. ايضا انني اصرح واصادق بهذا انه شرح لي وانني افهم انه يوجد احتمال خلال العملية الرئيسية انه يتضح انه توجد حاجة لتوسيع اطارها, تغييره او اتخاذ باجراءات اخرى او مختلفة من اجل انقاذ الحياة او منع ضرر جسدي, بما في ذلك اجراء جراحي لا يمكن توقعه حاليا بشكل كامل او مؤكد, الا ان معناها شرح لي. لذلك اوافق لهذا التوسيع, تغيير او تنفيذ اجراءات اخرى او مختلفة, بما في ذلك اجراءات جراحية حسب رأي الجراح كانت حيوية او ضرورية خلال العملية الرئيسية.

انني اوافق على اجراء تصوير قبل وبعد العلاج لاغراض علمية, توثيق وتعقب. شرح لي ان الطب والجراحة التجميلية تحديدا, لا تعتبر علما دقيقا, ولا يمكن المنع بشكل مؤكد المضاعفات والنتائج الغير مرغوب فيها. المعالج يتعهد بمتابعة كل مضاعفات بشكل امين واي نتيجة غير مرغوب فيها. الا انه شرح لي انه لن يمنح أي اعادة مالية من أي نوع, بسبب مضاعفات او نتائج غير مرضية بعد العلاج. اصف الى ذلك, لن تغطي المصاريف المالية او اخرى ستحدث من جراء العلاج مثل فقدان ايام العمل, شراء الادوية, سفريات خاصة, ادخال الى المستشفى, و/او كل ضرر مباشر او غير مباشر سيحدث من جراء مباشر او غير مباشر لنتائج العلاج الذي ساجريه.

اذا ما تقرر بعد فترة من زمن النقاهة والتي هي بشكل عام حوالي السنة انه توجد حاجة لاجراء عملية تعديلية, فان العملية تجرى بموافقة الطرفين وقيمة التكلفة, انني اتعهد الاستمرار في المتابعة على فترات لدى الطبيب الجراح او الطبيب المعالج كما يحدد, والابلاغ في الوقت نفسه عن أي تغيير غير متوقع خلال فترة الشفاء.

انني اصادق انه كان لي الوقت لتصفحه والحصول على رأي اخر حسب اختياري.

توقيع المعالج / الوصي في اليوم الاول للحصول على الاستمارة : 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 قد فهم بشكل كامل.

خاتم وتوقيع الطبيب تاريخ : ساعة: