

الدكتور جاكى جويرين

جراح تجميلي - خبير

ا.ج. جويرين للطب م.ض.

العيادات

حيفا - بيت الاطباء, جادة بن غوريون 4 هاتف 972-4-8550930

حيفا - شارع شاريت هابليتيا 13, دنيا هاتف 972 - 4 - 8550931

نهاريا - شارع سوكلوف 21 هاتف 972-4-9824777

فاكس 972-4-8550929

استمارة موافقة - شد الوجه

هدف العملية هو ازالة انسجة جلد اضافية من الوجه والرقبة, وايضا تقوية وشد عضلات الوجه والرقبة. يمكن لهذه العملية ا تجرى مع عمليات اخرى في منطقة الوجه, او اماكن اخرى

العملية تجرى بشكل عام بتخدير موضعي باضافة تهدئة عميقة, او تخدير عام. هذه العملية لا تعدل العيوب في جلد الوجه كالتجاعيد الصغيرة, البقع والعيوب في الشفتين.

اسم المعالج /ة: _____ رقم الهوية _____

انني اصرح واصادق بذلك انني حصلت على الشرح المفصل شفها من قبل
الدكتور _____

عن عملية شد الوجه والرقبة, مع /بدون شد الجبين, الجفن, قشط ما حول الفم, فيما يلي " العملية الرئيسة"

انني اصرح واصادق بهذا انه شرحت لي المضاعفات الجانبية بعد العملية الرئيسة بما في ذلك وجع, عدم راحة, انتفاخ الجفن والوجه, جفاف العينين, جرح اليم في القرنية, دمع, نزيف دموي تحت الجلد, بقع جلدية, انتفاخ, فقدان الشعور, واستمرارا شعور زائد, شعور الحكه, وضعف لعصب الوجه. ايضا شرح لي ان الجرحات ستظهر بشكل واضح خلال عدة اسابيع وبعد ذلك تتلاشى. اعرف انه دائما يمكن رؤية الجرحات في مناطق الجرحات, وانه يمكن لهذه الجرحات ان تكون متجمعة (حمراء وبارزة وتحك بشكل دائم) او واسعة وبشعة, ونوعهن يرتبط بنوع جدي واستعايي للعلاج. شرح لي ان الطرق المختلفة المتعارف عليها لتنفيذ هذه العملية, والطريقة التي تم اختيارها للتنفيذ.

شرحت لي النتائج المامول بها والقيود, مقدره تعديل العملية وامكانيات حدوث عدم تناسق للوجه. شرح لي ان العملية لا توقف مراحل الشيخوخة الطبيعية لجلد الوجه, ولا يمكن تقدير فترة بقاء النتائج بعد العملية.ايضا شرحت لي المضاعفات الممكنة بما في ذلك: النزيف (الذي يلزم اجراء عملية ضرورية

لوقفه), تلوث (جرثومي او - هريس), تجوف اطراف الجرحات, تعفن انسجة في منطقة الجرحات, واماكن اخرى, ونقصان الشعر في منطقة الجرحات, عدم تناسب الجرحات, اختلاف في مفتاح العين, شد الجفن, وجع مزمن, ضعف مؤقت او دائم لعصب الوجه, تغيير شكل التعبير للوجه, حتى عدم وجود تناسب للوجه, و/او اصابة الشعور, واحيانا بعيدة ووجاع دائمة للوجه.

انني امنح بذلك موافقتي على تنفيذ العملية الرئيسية.

شرح لي ان العملية تجرى بتخدير موضعي وتخدير عميق. شرح عن التخدير العام, اذا ما كانت هناك حاجة لذلك, سيقدم من قبل المخدر.

ايضا انني اصرح واصادق بذلك انه شرح لي وانني افهم انه توجد امكانية خلال اجراء العملية الرئيسية يتضح انه توجد حاجة لتوسيع اطارحه, 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 كامل, الا ان معناها شرح لي على ضوء ذلك انني اوافق على نفس التوسيع, تغيير او تنفيذ اجراءات اخرى او اضافية, بما في ذلك عمليات جراحية يعتقد الجراح انها حيوية او ضرورية خلال العملية الرئيسية.

انني اوافق على تصوير صور قبل وبعد العلاج لحاجات علمية, توثيق, ومتابعة.

شرح لي ان الطب والجراحة التجميلية تحديدا, لا تعتبر علما دقيقا وانه لا يمكن منع مضاعفات ونتائج غير مرغوب بها بشكل قطعي. الجراح يتعهد بمعالجة المريض باخلاص في كل مضاعفات او نتائج غير مرغوب فيها. الا انه, اوضح لي انه لن يعطى تعويض مالي من أي نوع, بسبب مضاعفات او نتائج غير مرغوب فيها بعد العملية. اصف الى ذلك, لن تتم تغطية اضرار مالية او اخرى ستحدث من جراء العلاج مثل فقدان ايام عمل, شراء ادوية, سفريات خاصة, مكوث للعلاج, و/او كل ضرر مباشر او غير مباشر سيحدث بشكل مباشر او غير مباشر لنتائج العلاج الذي يجري لي.

اذا ما قرر بعد فترة من زمن التعافي الذي هو حوالي سنة ان تكون حاجة لعملية تعديلية, فان العملية ستجرى بموافقة الطرفين وبقيمة السعر.

انني اتعهد الاستمرار بمتابعة خلال فترات لدى طبيب جراح او الطبيب المعالج كما يحددان, والاعلام بالموعد عن أي تغيير غير متوقع خلال العلاج.

انني اصادق انه كان لي الوقت لتصفح والحصول على تقرير اضافي حسب اختياري.

توقيع المعالج / وصي في اليوم الاول لاسـتلام الاسـتـمارة
تاريخ: _____ ساعة: _____

توقيع المعالج / وصي في المرة الثانية : _____

تاريخ: _____ ساعة: _____

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

توقيع _____ ع و _____ اتم
تاريخ _____ ساعة _____