



استمارة موافقة على الجراحة

اسم المريض/ة:

رقم الهوية

اسم الأب

الاسم الشخصي

اسم العائلة

بعد أن تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيًا من الدكتور

الاسم الشخصي

اسم العائلة

حول الحاجة للجراحة/ للإجراء الطبي

وبضمن ذلك النتائج المرجوة، المخاطر الوارد حصولها وطرق العلاج البديلة المتاحة ضمن ظروف الحالة، بما في ذلك الاحتمالات والمخاطر الكامنة في كل إجراء من هذه الإجراءات والفحوص والعلاجات المرتبطة بذلك. فأني أعرب بهذا عن موافقتي على الجراحة/ الإجراء الطبي المذكور أعلاه (لاحقاً "العلاج الطبي") في المستشفى.

تلقيت الشرح، وأنا أفهم، أن هنالك إمكانية أن يتضح خلال "العلاج الطبي" أن هنالك حاجة إلى توسيع نطاقه، تغييره أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما يشمل إجراءات جراحية إضافية ليس بالإمكان توقعها الآن بصورة مؤكدة بالكامل، لكن تم شرح معناها لي. بناء على ذلك، فأني أوافق أيضاً على تلك التوسعة، التغيير أو الإجراءات الأخرى الإضافية، وبضمن ذلك الجراحات والإجراءات التداخلية الإضافية، والتي ستكون - بحسب رأي أطباء المستشفى - حيوية أو ضرورية خلال "العلاج الطبي".

كذلك، فأني أعرب عن موافقتي على التخدير، سواء التخدير الكلي أو الموضعي، إذا تبين ان هنالك حاجة له، بحسب اعتبارات الأطباء المعالجين.

أعلم وأوافق على أن يتم إجراء "العلاج الطبي" وكافة الإجراءات الأخرى من قبل من يتم إخذ الأمر على عاتقه، بموجب أنظمة وتعليمات المستشفى، وأني لم أتلق أي وعد بأن يتم القيام بهذه الإجراءات كلها أو جزء منها، من قبل شخص محدد، وشريطة أن يتم القيام بها بحسب شروط المسؤولية المتعارف عليها في المستشفى وبموجب القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

توقيع الوصي

اسم الوصي

(في حال كان المريض قاصراً، فاقداً للأهلية القانونية أو مريضاً نفسياً)

أصرّح بأنني شرحت للمريض/للوصي على المريض، شفهيًا، كل ما هو وارد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت أنه/ فهم/ت شرحي بالكامل.

توقيع الطبيب

ختم الطبيب

مع تمنياتنا بالصحة والسلامة

طاقم غرف العمليات

السكرتارية: 02-5678505

טופס הסכמה לניתוח

שם החולה: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

לאחר שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מדר' _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הצורך בביצוע ניתוח/פעולה רפואית _____

לרבות על התוצאות המקוות, הסיכונים הסבירים ודרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה והבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך. אני נותן בזה את הסכמתי לניתוח/הפעולה הרפואית כאמור לעיל (להלן "הטיפול הרפואי") בבית החולים. הוסבר לי ואני מבין כי קיימת אפשרות שתוך מהלך "הטיפול הרפואי" יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים, לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן כעת בוודאות או במלואן, אך משמעותן הובהרה לי, לפיכך אני מסכים/ה גם לאותה הרחבה, שינוי או ביצוע הליכים אחרים נוספים, לרבות ניתוחים ופעולות פולשניות נוספות, שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניים או דרושים במהלך "הטיפול הרפואי".

הסכמתי ניתנת, כמו כן, להרדמה בין כללית ובין מקומית, אם ובמידה שיהיה צורך בכך, בהתאם לשיקול דעתם של הרופאים המטפלים.

אני יודע/ת ומסכים/מה לכך ש"הטיפול הרפואי" וכל ההליכים האחרים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

תאריך _____ שעה _____ חתימת החולה _____

שם האפוסטרופוס _____ חתימת האפוסטרופוס
(במקרה של קטין, פסול דין או חולה נפש)

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לחולה/לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

חותמת הרופא _____ חתימת הרופא _____

