



موافقة مستنيرة علي اجراء الجراحة بصفة عامة

1

بصفتك جزء من العملية الطبية ومشارك في اتخاذ القرار الطبي تم تصميم هذا الإقرار للتأكد من المامك التام المستنير بالإجراءات الطبية المتبعة وأنه قد تمت الإجابة على كل تساؤلاتك واستفساراتك بواسطة الطبيب المعالج.

❖ أعطى بموجب هذا الإذن الى الطبيب ومساعديه لعمل التدخل في صورة بمستشفى
❖ لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب. وفي حالة اخلاي بمتابعة أوامر الطبيب فإن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.

❖ لقد أبلغني طبيبي بأنني سأتلقي التخدير أو دواء مهدناً، أو كليهما. وأفهم أن هناك مخاطر وأثاراً جانبية مقترنة بالتخدير والمهدنات وأن هذه المخاطر والآثار الجانبية سيتم بحثها معي من قبل طبيب التخدير قبل أن يتم الإجراء.

❖ أعلم تمام العلم ان الأمور الطبية قد يحدث بها أي متغيرات اثناء العملية وأن الاجراءات الطبية قد تختلف من شخص لآخر لذا أمنح الأذن لطبيبي بالقيام بما يراه مناسباً أثناء التدخل لضمان عدم تعرضي لأذى.

❖ أقر بأنني أسمح للطبيب بأخذ صور قبل وبعد التدخل لمتابعة النتائج مع /عدم السماح بعرض هذه الصور وأنها تخضع للعلاقة السرية بين الطبيب والمريض.

❖ لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. وأنى أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضوئها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصي به. وأفهم أنه لا ينبغي علي أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتني بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.

❖ تتضمن تكلفة الإجراء عدة رسوم مقابل الخدمات المقدمة. يشمل المجموع الرسوم التي يتقاضاها الجراح ومساعديه، وتكلفة الإمدادات الجراحية، والتخدير، والاختبارات المعملية، ورسوم المستشفى الخارجية المحتملة، اعتماداً على مكان إجراء الجراحة. لا تشمل الرسوم المفروضة على هذا الإجراء أي تكاليف مستقبلية محتملة للإجراءات الإضافية التي تقوم بها أو تطور المضاعفات الناتجة عن الجراحة. الجراحة الثانوية أو رسوم يوم الجراحة بالمستشفى المعنية أو جراحة المراجعة ستكون أيضاً مسؤوليتك.

❖ أعلم بأنه قد يحدث نادراً مضاعفات للتخدير أو الجراحة وقد تشمل :

❖ لا توجد مضاعفات في الغالبية العظمى. ومع ذلك، يمكن أن يحدث أحياناً عدد من الآثار الجانبية والمخاطر والمضاعفات.

1. حدوث عدوى بموضع الجراحة أو بالغشاء البروتوني يتطلب إعطاء مضادات حيوية ومزيداً من العلاج.

2. نزيف موضع الجراحة أو جرح بالأعضاء الداخلية المحيطة بموضع الجراحة مما قد يتطلب مزيداً من التداخلات الجراحية.

3. حدوث تخثرات دموية أو انسدادات غازية وعدوى بالصدر.

4. ألم وخذل أو انتفاخ موضع الجراحة أو تجمع السوائل بموضع الجراحة.

5. ندبة جراحية موضع إجراء الجراحة.

6. حدوث فتاق جراحي موضع إجراء الجراحة.

7. أزمة قلبية أو سكتة دماغية.

8. الوفاة نتيجة المضاعفات الجراحية الواردة.

التوقيع: يكتب الاسم بخط كبير وواضح

المريض:..... المرافق:.....

التاريخ:..... الساعة:.....

إقرار الطبيب

لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / المرافق وأجبت على أسئلة المريض، وإلى حد علمي، المريض قد تم إعلامه بشكل كاف وقد أعطى موافقته.

.....
الطبيب:



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لشد وتجميل الوجه Facelift (Rhytidectomy)

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي، كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامة:

- 1.شرح لي الطبيب كافة الخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة لبس المشد لمدة لا تقل عن اسبوعين بعد الجراحة. وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فأنا الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسنولين عن نتيجة الجراحة.
- 2.اتفهم تماما احتمال حدوث تورم او ازرقاق في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من ستة أسابيع.
- 3.لقد أبلغني طبيبي بأنني سأتلقي التخدير كلياً او كاملاً او دواء مهدناً، أو كليهما. وأفهم أن هناك مخاطر وآثاراً جانبية مقترنة بالتخدير والمهدنات وأن هذه المخاطر والآثار الجانبية سيتم بحثها معي من قبل طبيب التخدير قبل أن يجرى على الإجراء.
- 4.تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات شد الوجه لا تتم الا بعد مرور اربعة أشهر من تاريخ الجراحة او حتى زوال التورم ايهما ابعد.
- 5.يكون شكل الجرح الممتد من خط الشعر للأذن لخلف الأذن والرقبة ويحتاج الجرح لعلاج لمدة لا تقل عن ستة أشهر لتخفيف إثر الجروح والتي سترك أثر دائم.
- 6.النتائج طويلة المدى: قد تحدث تغييرات لاحقة في مظهر الوجه نتيجة الشيخوخة، والتعرض لأشعة الشمس، فقدان الوزن أو زيادة الوزن أو الحمل أو انقطاع الطمث أو ظروف أخرى لا تتعلق بالجراحة.
- 7.قد تكون الجراحة الثانوية ضرورية لإجراء شد إضافي أو حدوث مضاعفات، قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية أو علاجات أخرى.

بدائل علاجية: تتكون من عدم معالجة التراخي في منطقة الوجه والرقبة بعملية شد الوجه. قد يتم محاولة تحسين تراخي الجلد وتجاعيد الجلد وزيادة الدهنية عن طريق العلاجات الأخرى أو جراحة مثل التقشير بالليزر أو التقشير الكيميائي للوجه أو شفط الدهون. المضاعفات المحتملة تحدث أيضاً بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لشد وتجميل الوجه Facelift (Rhytidectomy)

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. وجود تجميل وخدر بالوجنتين بصورة مؤقتة حتى ستة أشهر عقب الجراحة.
2. إصابة العصب الوجهي مما قد يسبب ضعفا بعضلات الوجه بصورة مؤقتة ممتدة لما بين ستة أشهر و عام عقب الجراحة. وقد يكون بصوره دائمة.
3. نزيف شديد تحت الجلد مما قد يؤثر على سلامة وحيوية الجلد ويحتاج الي تدخل اخر.
4. تكدم وتورم بالوجه عقب الجراحة.
5. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
6. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
7. تساقط الشعر: قد يحدث تساقط الشعر في مناطق الوجه. هذا لا يمكن التنبؤ به.
8. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان أو ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
9. مشاكل التئام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التئام الجروح.
10. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحا من البعض الآخر. على الرغم من التئام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة. قد يختلف مظهر الندبة في نفس الندبة. قد تكون الندوب غير متماثلة (تظهر مختلفة على الجانب الأيمن والأيسر من الجسم). هناك إمكانية وجود علامات واضحة في الجلد من الغرز. في بعض الحالات، قد تتطلب الندوب مراجعة جراحية أو علاجيته.
11. مصل الدم seroma: نادراً ما يتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية.

❖ نصائح أخرى:

1. المرضى الذين يدخنون حالياً أو يستخدمون منتجات التبغ أو النيكوتين (اللقوة أو اللثة أو بخاخ الأنف) في حالة خطر أكبر على المضاعفات الجراحية الهامة للوفاة الجلدية وتأخر الشفاء وتندب إضافي.
 2. الأدوية والمكملات الغذائية العشبية: ممكن تؤدي الي المزيد من النزيف.
 3. خطط السفر والعمل: تنطوي أي عملية جراحية على خطر حدوث مضاعفات قد تؤخر الشفاء وتأخير عودتك إلى وضعها الطبيعي في الحياة.
- ❖ كما أقر أنني موافق على أن يقوم الجراح المعالج باستئصال أية نسيج أو جزء مصاب والقيام بالتحاليل الطبية اللازمة إذا كان مثل ذلك التصرف لفائدتي ومتوافق مع القوانين والتشريعات الطبية المعمول بها بجمهورية مصر العربية.
 - ❖ كما أوافق على أية إجراءات استثنائية إذا تغيرت الظروف العادية المحيطة بإجراء الجراحة. كما أوافق على نقل الدم أو مكونات الدم في حالة استدعت الحاجة أثناء الجراحة المذكورة أعلاه وبعد ال (24) ساعة الأولى من العملية.
 - ❖ كما أوافق بالتقاط صور فوتوغرافية أو تسجيل فيديو لغرض التوثيق الطبي مع التأكيد على سرية الهوية والخصوصية.



2

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لشد وتجميل الوجه Facelift (Rhytidectomy)

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.

❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد البطن.

❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية (جراحة رفع الحاجب) (Brow Lift Surgery)

3

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. غالبًا ما تظهر منطقة الجبين والحاجب علامات ملحوظة للشيخوخة. قد يؤدي الرخاوة في هذه الأنسجة إلى تدلي الحاجبين، والجفن، وخطوط التجهم. في جراحة رفع الحاجب، يتم الاجراء الجراحي لتنعيم الجبهة، ورفع الحاجبين، وتحسين خطوط التجهم. يمكن إجراء شد الحاجب بمفرده، أو بالاشتراك مع إجراءات أخرى، مثل جراحة شد الوجه أو الجفن.
2. من الممكن تنفيذ الإجراء من خلال مجموعة متنوعة من الأساليب الحديثة، بما في ذلك إجراؤها بالمنظار.
3. جراحة رفع الحاجب مخصصة لكل مريض. قد تختلف الشقوق الجراحية المستخدمة مع التقنية التي يختارها الجراح لتلبية احتياجاتك.

بدائل علاجية: تتكون الأشكال البديلة للعلاج من عدم معالجة التراخي في الجبين ومنطقة الحاجب العلوي عن طريق جراحة رفع الحاجب. قد تتم محاولة تحسين تراخي الجلد وتجاعيد الجلد عن طريق العلاجات الأخرى أو الجراحة مثل التقشير بالليزر أو التقشير الكيميائي للوجه أو الحقن بالفيلر أو البوتكس.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. وجود تنميل وخدر بالجبهة بصورة مؤقتة حتى ستة أشهر عقب الجراحة.
2. إصابة العصب الوجهي مما قد يسبب ضعفًا بعضلات الجبهة بصورة مؤقتة ممتدة لما بين ستة أشهر وعام عقب الجراحة.
3. نزيف تحت الجلد مما قد يؤثر على سلامة وحيوية الجلد.
4. تكدم وتورم بالوجه عقب الجراحة.
5. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
6. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
7. تهيج العين: قد يحدث تهيج أو جفاف في العين بعد رفع الحاجب أو عندما يخضع المريض لجراحة في الجفن في نفس الوقت.
8. تساقط الشعر: قد يحدث تساقط الشعر في فروة الرأس أو الشقوق الجراحية. حدوث هذا لا يمكن التنبؤ به. قد يزول تساقط الشعر ببطء أو في حالات نادرة يكون دائمًا.
9. بعض التقنيات الجراحية تستخدم مسامير صغيرة أو خيوط عميقة دائمة أو أجهزة قابلة للذوبان للمساعدة في تعليق الحاجب.



3

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية (جراحة رفع الحاجب) (Brow Lift Surgery)

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى **السن :**

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى **التوقيع :**

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى **التوقيع :**

التاريخ : **الوقت :** **رقم تحقيق الشخصية:**

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض
الاسم : **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومي:**

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفى تخدير موضعى اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:
❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية لعمل عليه رفع الحاجب.
❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع إلزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:
الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): **التوقيع:** **القسم التابع له:** **التاريخ:** **الوقت:**

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية بجفن العين (اليمنى/اليسرى) (Right/Left) Eyelid Surgery (Blepharoplasty)

4

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبيّن عالية، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جزاء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

شد الجفن هو إجراء جراحي لإزالة الجلد والعضلات الزائدة من الجفن العلوي والسفلي. يمكن إزالة الأنسجة الدهنية التي تنتج التكتل أو إعادة وضعها بشكل انتقائي. يمكن أن يحسن شد الجفن من تدلي الجلد. وقد يتطلب المريض جراحة ثانوية لتحسين النتيجة.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. عدم القدرة على غلق الجفن العلوي بصورة تامة لمدة مؤقتة عقب الجراحة مما قد يستلزم علاجاً طبياً.
2. وجود تجمع دموي حول العين موضع الجراحة.
3. انقلاب جفن العين للخارج.
4. ضعف مؤقت بجفن العين السفلي.
5. زيادة في إفراز الدموع والحساسية للضوء خلال الأيام الأولى عقب الجراحة.
6. زرغلة أو تهيج أو ازدواج بالرؤية في الأيام الأولى عقب الجراحة.
7. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل عقب الجراحة، كذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة.
8. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
9. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.

❖ كما أقر أنني موافق على أن يقوم الجراح المعالج باستئصال أية نسيج أو جزء مصاب والقيام بالتحاليل الطبية اللازمة إذا كان مثل ذلك التصرف لفائدتي ومتوافق مع القوانين والتشريعات الطبية المعمول بها بجمهورية مصر العربية.

❖ كما أوافق على أية إجراءات استثنائية إذا تغيرت الظروف العادية المحيطة بإجراء الجراحة. كما أوافق على نقل الدم أو مكونات الدم في حالة استدعت الحاجة أثناء الجراحة المذكورة أعلاه وبعد ال (24) ساعة الأولى من العملية.

❖ كما أوافق بالتقاط صور فوتوغرافية أو تسجيل فيديو لغرض التوثيق الطبي مع التأكيد على سرية الهوية والخصوصية.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية بجفن العين (اليمنى/ اليسرى) (Right/Left) Eyelid Surgery (Blepharoplasty)

4

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى **السن:**

الصفة: المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع: **التاريخ:** **الوقت:** **رقم تحقيق الشخصية:**

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد البطن.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

❖ **نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة** تخدير كلي تخدير نصفى تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): **القسم التابع له:** **التاريخ:** **الوقت:**

الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم: **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومى:**

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار ويعتبر سارى لمدة اسبوع من تاريخ توقيع المريض



الموافقة الخطية المستنيرة على عملية جراحية (تجميل أنف - تعديل حاجر أنفي -

إصلاح عيب خلقي بالأنف

(Septoplasty- Rhinoplasty)

5

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. جراحة الأنف (عملية تجميل الأنف) هي عملية يتم إجراؤها بشكل متكرر من قبل جراحي التجميل. يمكن لهذه الجراحة أن تؤدي إلى تغييرات في شكل الأنف وبنيتة ووظيفته. يمكن أن يقلل مقدمة الأنف أو زيادة حجم الأنف، أو تغيير شكل الأنف، أو تضيق عرض فتحات الأنف، أو تغيير الزاوية بين الأنف والشفة العلوية. يمكن أن تساعد هذه العملية على تصحيح العيوب الخلقية وإصابات الأنف والمساعدة في تخفيف بعض مشاكل التنفس.
2. لا يوجد نوع عام من جراحة تجميل الأنف التي تلبي احتياجات كل مريض. جراحة تجميل الأنف مخصص لكل مريض، اعتمادًا على احتياجاته. يمكن عمل الجروح داخل الأنف أو يمكن ان تخفي في أماكن غير واضحة من الأنف في عملية تجميل الأنف المفتوحة. في بعض الحالات، وفي عدم وجود غضاريف كافية بالأنف انه قد يضطر الى اخذ رقعة من غضاريف الأذن او الضلوع للمساعدة في إعادة تشكيل هيكل الأنف. يمكن إجراء جراحة الأنف الداخلية لتحسين التنفس الأنفي في وقت تجميل الأنف.
3. ضرورة الاحتفاظ بالدعامات الخارجية والداخلية للأنف لمدة اسبوعين من تاريخ الجراحة والمحافظة على الانف من التعرض لأي اصابة في خلال فترة النقاهة.
4. حدوث تورم بالوجه وازرقاق تحت العينين في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من أسبوعين.
5. أفضل المرشحين لهذا النوع من الجراحة هم الأفراد الذين يبحثون عن التحسن وليس الكمال في ظهور أنفهم. بالإضافة إلى التوقعات الواقعية، فإن الصحة الجيدة والاستقرار النفسي هي صفات مهمة لمريض يفكر في جراحة تجميل الأنف. يمكن إجراء عملية تجميل الأنف بالتزامن مع جراحات أخرى.
6. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات تجميل الأنف لا تتم الا بعد مرور سنة من تاريخ الجراحة. وفي حالة الحاجة لأي تدخل اخر بالأنف لا يمكن القيام به قبل مرور سنه من تاريخ اجراء الجراحة.

بدائل علاجية: من عدم الخضوع لجراحة تجميل الأنف. بعض الجراحات الأنفية الداخلية، قد لا تتطلب جراحة على الجزء الخارجي من الأنف. يمكن معالجة بعض مشاكل محيط الأنف عن طريق الحقن المؤقت بالفيلر. أيضا يوجد مضاعفات للعلاجات البديلة.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. قد يحدث تأثير بالتنفس او صعوبة بالتنفس
2. ندبات في أماكن اخري كالاذن والصدر نتيجة اخذ رُقعه الغضاريف.
3. ثقب بالحاجر الانفي، قد يحتاج الي علاج إضافي.
4. كذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة.
5. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة
6. نزيف شديد تحت الجلد مما قد يؤثر على سلامة وحيوية الجلد.
7. تكدم وتورم بالأنف بالوجه عقب الجراحة.
8. قد يحدث اعوجاج بالانف او عدم تماثل بين فتحتي الانف.
9. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
10. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان أو ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
11. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.



الموافقة الخطية المستنيرة على عملية جراحية (تجميل أنف - تعديل حاجز أنفي -
إصلاح عيب خلقي بالأنف
(Septoplasty- Rhinoplasty)

5

النموذج المعتمد من الجمعية المصرية لجراحة التجميل والإصلاح

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق إجراء عملية جراحية تجميلية لتجميل الأنف.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع إلزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار ويعتبر ساري لمدة اسبوع من تاريخ توقيع المريض

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتجميل الاذن الخفاشيه (Otoplasty – bat ear)

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جزاء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. هي عملية جراحية لإعادة تشكيل الأذن. يمكن استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب والأساليب المختلفة لإعادة تشكيل البروز الخلقي في الأذنين .
2. لا يوجد نوع واحد من عمليات جراحة تجميل الأذن الذي يلبي احتياجات كل المرضى انما تكون جراحة تجميل الأذن مخصصة لكل مريض، اعتماداً على احتياجاته.
3. يتم عمل الجروح في أماكن غير واضحة خلف الأذن الا انه لا يختفي آثاره نهائياً.
4. المحافظة على الأذن من التعرض لأي إصابة في خلال فترة النقاهة. ضرورة الالتزام بتوصيات الطبيب وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فأن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.
5. حدوث تورم بالأذن وازرقاق في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من أسبوعين.
6. أفضل المرشحين لهذا النوع من الجراحة هم الأفراد الذين يبحثون عن التحسن وليس الكمال .
7. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات تجميل الاذن لا تتم الا بعد مرور شهرين من تاريخ الجراحة. قد تحتاج الي جراحة إضافية ضرورية (إعادة العمليات) ، وفي حالة الحاجة لأي تدخل اخر بالأذن لا يمكن القيام به قبل مرور 6 أشهر من تاريخ اجراء الجراحة.

بدائل علاجية: هي عملية اختيارية لذلك فان البدائل تشمل عدم الخضوع الي عملية تجميل الأذن.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. ندبات في موضع الجراحة تحتاج الي علاج اخر.
2. عدم التماثل بين صوان الاذنين في الحجم والشكل والتشريح.
3. الخيوط الجراحية :تستخدم معظم التقنيات الجراحية خيوطاً عميقة. قد تلاحظ هذه الغرز بعد الجراحة. الغرز قد تخترق الجلد تلقائياً أو تصبح مرئياً أو تسبب تهيجاً يتطلب إزالة الغرز.
4. كذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة.
5. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة.
6. نزيف تحت الجلد مما قد يؤثر على سلامة وحيوية الجلد.
7. تكدم وتورم بالأذن عقب الجراحة.
8. فقدان جزء من الجلد أو الغضاريف الذي قد يؤثر على الشكل الجمالي للأذن. وقد يحتاج الي تدخل أخر.
9. يمكن أن يحدث الصلابة المفرطة بعد الجراحة بسبب الندوب الداخلية.
10. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
11. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
12. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.



6

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتجميل الاذن الخفاشيه (Otoplasty – bat ear)

النموذج المعتمد من الجمعية المصرية لجراحي التجميل والاصلاح

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية لتجميل للأذن.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع إلزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة إعادة تشكيل الذقن - تكبير الذقن Chin surgery- Mentoplasty- Implant- Augmentation

7

المريض:

أقر أنا الموقعة أدناه أنني موافقة على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. جراحة الذقن، أو تشكيلة، أو جراحة تكبير الذقن هي عملية جراحية لإعادة تشكيل الذقن إما عن طريق التحسين باستخدام جراحة زرع الحشوات أو تصغير على العظام. في بعض الأحيان يمكن تحريك عظم الفك نفسه إلى الأمام، بدلاً من ذلك، يمكن استخدام حشوات أو غرسة السيليكون لإعطاء المزيد من البروز للذقن. على العكس، يمكن إزالة العظم لتقليل الذقن الزائدة. علاوة على ذلك، يمكن التوصية بتعديلات على الفك العلوي و / أو السفلي لتحسين ديناميكيات المضغ - أو كيف تتناسب الأسنان معاً. يمكن أن تتراوح هذه العمليات من بسيطة إلى معقدة للغاية.
2. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة لبس المشد الضاغط المناسب فترة لا تقل عن شهر من تاريخ الجراحة. وفي حالة إخلالي بمتابعة أوامر الطبيب فإن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.
3. تتم هذه الجراحة من خلال جرح خارجي أسفل الذقن عادة ويترك ندبه، تتحسن أثارها مع الوقت ولكن لا تختفي نهائياً.
4. أي مشكلة تتعلق بتصنيع الجهاز أو الحشوة هو مسؤولية الشركة المصنعة وليس الطبيب.
5. قد تكون هناك حاجة جراحات ثانوية أخرى مستقبلية مع تقدم في السن ومن الصعب التنبؤ بالنتائج المستقبلية.
6. أفضل المرشحين لهذا النوع من الجراحة هم الأفراد الذين يبحثون عن التحسين، وليس الكمال، في مظهر وجوههم. بالإضافة إلى توقعات واقعية وصحة جيدة. الاستقرار النفسي صفات مهمة للمريض الذي يفكر في جراحة الذقن. يمكن أن تكون جراحة الذقن بالاقتران مع العمليات الجراحية الأخرى.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. نزيف موضع الجراحة، يتطلب تدخل آخر.
2. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل شكل الوجه.
3. قد تطرأ بعض المضاعفات الطبية والجراحية التي تستلزم إزالة حشوات السيليكون أو استبدالها.
4. تغير بالإحساس موضع الجراحة.
5. قد يحدث النزوح أو الدوران أو الهجرة للحشوة من موضعها الأولي ويمكن أن يصاحبه تشوه في الشكل ويحتاج الي تدخل جراحي آخر.
6. عدم التئام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
7. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
8. مشاكل التئام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التئام الجروح.
9. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحاً من البعض الآخر. على الرغم من التئام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة.
10. مصل الدم: نادراً ما يتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة إعادة تشكيل الذقن - تكبير الذقن Chin surgery- Mentoplasty- Implant- Augmentation

7

بدائل علاجية: هناك طرق بديلة أخرى، وتشمل هذه البدائل عدم القيام بأي شيء، أو استخدام الفيلر أو حقن الدهون. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضًا بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى **السن:**

الصفة: المريض ولى الامر قريب أخرى قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع: **التاريخ:** **الوقت:** **رقم تحقيق الشخصية:**

❖ **نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة** تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريضة والبدائل العلاجية لها والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت لها الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريضة عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية للذقن او تشكيلة.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريضة بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): **التوقيع:** **القسم التابع له:** **التاريخ:** **الوقت:**

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم: **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومي:**

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات على هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة زرع الشعر Hair Transplantation

8

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافقة على إجراء التدخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التدخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

- زرع الشعر هو إجراء جراحي بسيط يتم من خلاله نقل الشعر الدائم من مناطق فروة الرأس التي لا تصبح صلعاء عادةً، مثل الجوانب وخلف الرأس، أو إعادة توزيعها في مناطق تساقط الشعر الدائم أو ترققه. يتم استخدام التخدير الموضعي ويكون المرضى على دراية كاملة ويمكنهم التحدث مع الفريق الجراحي أثناء العملية. يتم تقييم وتمييز منطقة الصلع بعناية. باستخدام التخدير الموضعي، تتم إزالة جزء من فروة الرأس يحتوي على شعر صحي من المناطق المانحة، بشكل عام في شريط ضيق طويل. ثم يتم إغلاق هذه المنطقة المانحة بالغرز. هذا قد يترك ندبة شاحبة وناعمة يمكن تغطيتها بسهولة من قبل شعر المريض، تتم إزالة "الغرز" عادة بعد 7-10 أيام. يوجد طريقه اخري وهي الإقتطاف وتترك فتحات صغيره جدا تلتئم في خلال اسبوع ولا تترك ندبات طويله.
- قد تكون هناك حاجة لجلسات أخرى مستقبلية مع تقدم الصلع في السنوات القادمة. من الصعب التنبؤ بالنمط الفعلي وسرعة التساقط او الصلع في أي شخص. كما لا يوجد ضمان كامل بالنتائج.
- يتساقط الشعر الصغير الذي يُزرع في غضون الأسابيع 3-4 الأولى. سوف ينمو الشعر الجديد بعد ذلك من جذر الشعر وسيكون ملحوظًا بحلول 4 أشهر تقريبًا ويستمر في النمو بسرعة ومعدل طول الشعر الطبيعي، عادة حوالي 1 سم في الشهر. يتم إجراء فحص ما بعد الجراحة بعد ستة أشهر ويتم عادةً تقييم النتيجة النهائية للجراحة بعد 18 شهرًا عندما يكون الشعر قد نما بالكامل.

بدائل علاجية: هناك طرق بديلة أخرى لمعالجة تساقط الشعر، وتشمل هذه البدائل عدم القيام بأي شيء، أو ارتداء قطعة شعر أو شعر مستعار أو باروكة، وعوامل نمو الشعر الموضعية والمحفزات مثل المينوكسيديل. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضاً بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة زرع الشعر Hair Transplantation

8

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. تورم بالجبهة.
2. عندما يكون هناك شعر ضعيف موجود في مناطق فروة الرأس التي يتم زرعها، يمكن أن يكون لعملية الزرع في بعض الأحيان تأثير "يشبه الصدمة" المعتدل على تلك الشعيرات، مما يتسبب في تساقطها لمدة 3 أشهر، وبعد ذلك تنمو مرة أخرى.
3. خدر مؤقت او عدم احساس في جزء من الرأس.
4. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
5. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
6. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
7. نمو الشعر غير المنتظم أو تأخر نمو الشعر.
8. الكيسات الحويصلية: وهي تكيسات معقمة صغيرة تحت الجلد.
9. ارتفاع أو انخفاض الشعر المزروع: بعد الشفاء، يمكن أن يستقر الشعر المزروع فوق أو تحت مستوى الجلد المحيط، أو يكون لها نسيج غير متساوٍ. هاتان الظاهرتان نادرتين جدًا.

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفى تخدير موضعى اعطاء مهدئ



8

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريضة والبدائل العلاجية لها والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت لها الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهنف إلى علاج المريضة عن طريق إجراء عملية جراحية تجميلية لزراعه الشعر.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريضة بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة رفع الثدي (الأيمن/الأيسر) Breast lift- Mastopexy

9

المريض:

أقر أنا الموقعة أدناه أنني موافقة على إجراء التداخل الجراحي المبين عليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامة:

1. شد الثدي او رفع الثدي هو إجراء جراحي لرفع وإعادة تشكيل الثدي المترهل. عوامل مثل الحمل والرضاعة وتغيير الوزن والشيخوخة والجاذبية تؤدي إلى إحداث تغييرات في مظهر ثدي المرأة. عندما يفقد الجلد مرونته، غالبًا ما يفقد الثدي شكله ويبدأ في الترهل. شد الثدي أو تثبيت الثدي هو الجراحة التي يقوم بها جراحو التجميل لرفع وإعادة تشكيل الثدي المترهل.
2. هذه العملية يمكن أن تقلل أيضا حجم الهالة، الجلد الداكن حول الحلمة. إذا كان ثديك صغيرًا أو فقد حجمه بعد الحمل، يمكن أن تؤدي حشوات السيليكون مع تثبيت الثدي إلى زيادة كل من الشد والحجم. أفضل المرشحات لإجراء عملية تثبيت الثدي هن النساء اللاتي يتمتعن بالصحة ولديهن توقعات واقعية حول هذا النوع من الجراحة. يمكن رفع الثدي من أي حجم، ولكن النتائج قد لا تستمر طويلا إذا اصرت السيدة على الاحتفاظ بحجم الثدي كبيرا .
3. يترك تثبيت الثدي ندوباً دائمة ملحوظة على الثديين والثدي سيكون أصغر من حجمه الحالي.
4. هناك مجموعة متنوعة من التقنيات الجراحية المختلفة المستخدمة لإعادة التشكيل ورفع ثدي الأنثى.
5. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات تجميل الثدي لا تظهر الا بعد مرور شهرين من تاريخ الجراحة او حتى زوال التورم ايهما ابعد.
6. تم الشرح لي بواسطة الطبيب ان هناك احتمال لتغير الاحساس بالحلمة بعد الجراحة.
7. الجروح الناتجة عن الجراحة تحتاج الى متابعة وكريمات موضعية لمدة لا تقل عن سنة لتقليل الآثار.
8. لقد شرح لي الطبيب وتفهمت تماما ان احتمالات الإصابة -لا قدر الله- بسرطان الثدي خاضعة لعوامل وراثية ولا تزيد الجراحة بأي شكل من الاشكال احتمالية الإصابة بسرطان الثدي.
9. النتائج طويلة المدى: قد تحدث تغييرات لاحقة في شكل الثدي نتيجة الشيخوخة، والتعرض لأشعة الشمس، فقدان الوزن أو زيادته أو الحمل أو انقطاع الطمث أو ظروف أخرى لا تتعلق بالجراحة.
10. قد تكون الجراحة الثانوية ضرورية لإجراء شد إضافي أو إعادة وضع الثديين أو حدوث مضاعفات، قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية أو علاجات أخرى.

ملاحظة: نماذج الموافقة لاستخدام حشوات الثدي ضرورية وتكون منفصلة عن هذه الموافقة بالتزامن مع تثبيت الثدي أو عند إجراء رفع الثدي أثناء إزالة حشوة الثدي.

بدائل علاجي: هي عملية جراحية اختيارية، يتكون العلاج البديل من عدم الخضوع للإجراء الجراحي أو ارتداء ملابس داخلية داعمة لرفع الثدي المترهل. إذا كان الثدي كبيرًا ومتدليًا، يمكن التفكير في تصغير الثدي. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضًا بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة رفع الثدي (الأيمن/الأيسر) Breast lift- Mastopexy

9

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. تغير في احساس الحلمة.
2. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل على جانبي الصدر عقب الجراحة، وكذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة.
3. إذا كانت الجراحة مصاحبة لجراحة إزالة حشوات السيليكون، يكون هناك زيادة خطر نخر الجلد والحلمة ونسيج الثدي بسبب نقص التروية الدموية.
4. عدم التئام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
5. وجود تحجر أو تكتلات بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.
6. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
7. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
8. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
9. مشاكل التئام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التئام الجروح.
10. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحا من البعض الآخر. على الرغم من التئام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة. قد يختلف مظهر الندبة في نفس الندبة. قد تكون الندوب غير متماثلة (تظهر مختلفة على الجانب الأيمن والأيسر من الجسم). هناك إمكانية وجود علامات واضحة في الجلد من الغرز. في بعض الحالات، قد تتطلب الندوب مراجعة جراحية أو علاجية.
11. تجمع السوائل (seroma): نادرًا ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.
12. الرضاعة الطبيعية: على الرغم من أن بعض النساء استطعن الرضاعة الطبيعية بعد رفع الثدي، بشكل عام لا يمكن التنبؤ به.

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم أثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة رفع الثدي (الأيمن/الأيسر) Breast lift- Mastopexy

9

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريضة والبدائل العلاجية لها والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت لها الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريضة عن طريق إجراء عملية جراحية تجميلية لرفع أو إعادة تشكيل الثدي (الأيمن/الأيسر).
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريضة بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة إزالة حشوة سيليكون مكبر للثدي Breast Implant Removal

10

أقر أنا الموقعة أدناه

أنتي موافقة على إجراء التدخل الجراحي المبين عاليه بناءا على طلبى بواسطه د/ فى مستشفى /

وذلك بسبب / وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التدخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية او مضاعفات التخدير .

❖ معلومات عامه:

- إن إزالة حشوات الثدي التي تم وضعها إما لأغراض تجميلية أو اصلاحيه هي عملية جراحية. يمكن إجراء استئصال حشوة الثدي كإجراء جراحي منفصل أو مصاحبا لإجراء إضافي، على سبيل المثال:
 - إزالة بسيطة لحشوة الثدي، بدون إزالة أنسجة الكبسولة حولها.
 - إزالة لحشوة الثدي مع إزالة الأنسجة المحيطة بها (استئصال الكبسولة)
 - إزالة لحشوة الثدي و استبدالها بحشوه اخرى فى نفس طبقه الانسجه السابقه او تغييرها الى طبقه اخرى
 - إزالة لحشوة الثدي مع إزالة السيليكون الهارب في أنسجة الثدي (خارج الكبسولة، خارج طبقة الكبسولة)
 - إزالة لحشوة الثدي و مع إزالة الأنسجة المحيطة بها (استئصال الكبسولة) و سحب السوائل المحيطة بها مع او بدون اخذ عينات للتحليل
 - إزالة لحشوة الثدي مع رفع الثدي (تثبيت الثدي بعد ازاله الحشوة و / أو إزالة الكبسولة)
- لا يمكن إصلاح الحشوات التي تم إتلافها أو تمزقها أو التي تكونت كبسوله حولها ولا بد من إزالتها أو استبدالها جراحيا.
- الحشوات المستخرجه قد تخضع للتحليل الباثولوجى ولا يمكن استخدامها مره اخرى باى حال
- هناك مخاطر ومضاعفات مرتبطة بهذه العملية.
- قد يحتاج الطبيب الي تركيب الدرنقه الجراحية.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. تجعد الجلد والتموج: يمكن أن يحدث تجعد واضح وملموس لبشرة الثدي. قد يتطلب هذا جراحة إضافية لشد الجلد المترهل بعد جراحة إزالة حشوه السيليكون.
2. تمزق حشوات السيليكون أثناء أزلتها: في حالة حدوث تمزق في الحشوه، فقد لا يكون ذلك ممكناً ازلتها كاملا او ازاله الكبسولة المتكونه وقد يتطلب ذلك جراحة أخرى.
3. تأخر الشفاء ونخر الأنسجة: من الممكن حدوث اضطراب في الجروح أو تأخر فى التئام الجروح.
4. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل على جانبي الصدر عقب الجراحة كذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة والحلمة.
5. يمكن أن يحدث التحجر بعد الجراحة بسبب الندوب الداخلية. حدوث هذا ليس قابل للتنبؤ. قد يكون من الضروري العلاج الإضافي بما في ذلك الجراحة.
6. فى بعض الاحيان قد تحدث الحشوه المراد ازلتها تغييرات و تليفات بالانسجه لا تسمح للمريضه بتركيب حشوه اخرى سواعا فى نفس العمليه او لاحقا و لا يمكن التنبوء بذلك قبل الجراحه حيث يظهر ذلك فقط اثناء استئصال الحشوه و على المريضه ان تلجا الى حلول اخرى لاستعادته حجم الثدي بعد استئصال الحشوه.
7. عدم التئام الجرح بالجلد موضع الجراحة أو تجمع سوائل، مما قد يتطلب جراحة أخرى.
8. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
9. عدم تماثل الثديين.



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة إزالة حشوة سيليكون مكبر للثدي Breast Implant Removal

10

❖ **بدائل علاجية:** تتكون الأشكال البديلة الغير الجراحية من عدم الخضوع لإزالة الحشوة، أو غيرها بإجراءات استبدال أو تغيير أو مراجعة المواقف الحالية حيث يختار المرضى الاستمرار في وجود الحشوة. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة بأشكال العلاج الجراحية البديلة.

❖ نصائح أخرى:

1. من المهم الاستمرار في إجراء فحوصات منتظمة لتصوير الثدي بالأشعة وإجراء فحص دوري والفحص الذاتي للثدي.
2. إجراءات جراحة الثدي التي تنطوي على قطع من خلال أنسجة الثدي، يمكن أن تتداخل مع الأشعات التشخيصية التي قد تحتاجها المرأة للكشف عن وجود أورام بالثدي.
3. نجحت العديد من النساء في الرضاعة الطبيعية لأطفالهم. (دراسة قياس عنصر السليكون (أحد مكونات الحشوة) في لبن الثدي البشري لم تشر إلى مستويات أعلى في النساء اللاتي لديهن حشوات مملوءة بالسليكون عند مقارنتها بالنساء اللاتي لم يقمن بإجراء هذه الجراحة).

- ❖ كما أقر أنني موافق على أن يقوم الجراح المعالج باستئصال أية نسيج أو جزء مصاب أو الغدد الليمفاوية والقيام بالتحاليل الطبية اللازمة إذا كان مثل ذلك التصرف لفائدتي ومتوافق مع القوانين والتشريعات الطبية المعمول بها بجمهورية مصر العربية.
 - ❖ كما أوافق على أية إجراءات استثنائية إذا تغيرت الظروف العادية المحيطة بإجراء الجراحة. كما أوافق على نقل الدم أو مكونات الدم في حالة استدعت الحاجة أثناء الجراحة المذكورة أعلاه وبعد ال (24) ساعة الأولى من العملية مع علمي التام بالمضاعفات المحتملة.
 - ❖ كما أوافق بالتقاط صور فوتوغرافية أو تسجيل فيديو لغرض التوثيق الطبي مع التأكيد على سرية الهوية والخصوصية.
 - ❖ وقد أخبرني الطبيب ان نوع التخدير المستخدم أثناء الجراحة
- تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي إعطاء مهدئ
- ما لم تستدعي حالتى تغير ذلك اثناء الجراحه مع علمي التام بالمضاعفات المحتمله لانواع التخدير المختلفه

المقر بما فيه (الاسم ثلاثى): ذكر انثى **السن:**

الصفة: المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهنى غائب عن الوعي أخرى

التوقيع: **التاريخ:** **الوقت:** **رقم تحقيق الشخصية:**

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم: **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومى:**



10

الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة إزالة حشوة سيليكون مكبر للثدي Breast Implant Removal

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المذكور اعلاه في مستشفى المقرر للمريضة والبدائل العلاجية لها والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت لها الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريضة عن طريق إجراء عملية جراحية لإزالة حشو من السيليكون الطبي بالثدي للسبب المذكور اعلاه.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي بمتابعة المريضة بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء فيما يخص هذه الجراحة

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريضة

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات على هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

.....

رقم تذكرة المريض

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لتكبير الثدي (الأيمن/الأيسر) باستخدام حشو من السيليكون الطبي

Augmentation Mammoplasty with Silicon Implants

المريض:

أقر أنا الموقعة أدناه أنني موافقة على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جزاء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. في نوفمبر 2006، تمت الموافقة على أجهزة زرع الثدي المليئة بالسيليكون من قبل الولايات المتحدة وإدارة الدواء (FDA) للاستخدام في تكبير الثدي وإعادة بنائه. يتم تكبير الثدي عن طريق إدخال الحشوة إما خلف أنسجة الثدي أو تحت العضله وراء الثدي . يتم عمل الجرح لإبقاء الندبه غير واضحة قدر الإمكان، عادة تحت الثدي أو حول جزء من الهالة أو تحت الإبطن.
2. طريقة اختيار شكل وحجم الحشوة يعتمد علي تفضيلاتك، وتوصية الجراح. كما ان شكل وحجم الثدي قبل الجراحة سيؤثر على كل من العلاج الموصي به. والنتائج النهائية.
3. إذا لم يكن الثديان بنفس الحجم أو الشكل قبل الجراحة، فهو كذلك من غير المحتمل أن تكون متماثلة تمامًا بعد ذلك.
4. الحالات التي بها ترهل بالثدي أو بها (علامات التمدد) قد تتطلب عمليات جراحية إضافية (كرفع الثدي) لإعادة وضع الحلمة والهالة إلى أعلى وإزالة الجلد المترهل.
5. اي مشكلة تتعلق بتصنيع الجهاز هو مسنولية الشركة المصنعة وليس الطبيب.
6. لمتابعة حالة السيليكون ينصح بأجراء اشعة رنين مغناطيسي كل ثلاثة سنوات للمتابعة.
7. في حالة حدوث تليف حول الجهاز والذي يكون بنسبة حوالي 3% من المرضى يتطلب الامر تغيير حشوة السيليكون.
8. قام الطبيب بالشرح لي بأنه ثبت علميا عدم وجود اي علاقة بين حشوة السيليكون واورام الثدي وان وجود السيليكون لا يزيد او يقلل من احتمالية اورام الثدي.
9. قد تحتاج حشوات الثدي إلى جراحة مستقبلية لاستبدال الحشوة أو إزالتها.
10. استخدام الدرنقه الجراحية :drains أثناء الجراحة، قد يجد طبيبك أنه من الضروري وضع مُصرف .التصريف عبارة عن أنبوب صغير يقوم بتصريف السوائل من المنطقة التي تم إجراء العملية عليها .سيتم إرشادك حول استخدام المصرف الخاص بك .قد يتطلب وضعه شقًا صغيرًا منفصلاً .ستتم إزالته عندما يشعر طبيبك أنه لم يعد ضروريًا.

بدائل علاجية: عملية تكبير الثدي باستخدام حشوات السيليكون هي عملية جراحية اختيارية. العلاج البديل سيتكون من عدم الخضوع للإجراء الجراحي أو استخدام الثدي الاصطناعي الخارجي، أو حقن الدهون.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لتكبير الثديي (الأيمن/الأيسر) باستخدام حشو من السيليكون الطبي Augmentation Mammoplasty with Silicon Implants

11

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. حدوث التهاب قد يؤدي الى بروز الحشو عبر سطح الجلد مما قد يتطلب مزيدا من الاجراءات الجراحية.
2. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل على جانبي الصدر عقب الجراحة كذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة.
3. قد يحدث تغير في الاحساس بالحلمه بالزياده او بالنقصان وقد يستمر عده اشهر بعد العمليه.
4. انقباض الكبسول capsular contracture: من الممكن ان تنكمش وتنقبض الكبسول الذي يتشكل داخليًا حول الحشوة داخل الثدي، ويجعل الثدي مستديرًا وثابتًا وربما مؤلماً.
5. يمكن أن يحدث التحجر المفرط للثديين مباشرة بعد الجراحة أو بعد سنوات. حدوث انقباض الكبسول لا يمكن التنبؤ به. ويحتاج الي تدخل جراحي لإزالته و تغيير الحشوة.
6. قد يحدث نزوح أو دوران للحشوة من موضعها الأولي وقد يؤدي ذلك الى حدوث تشوه في شكل الثدي (تموج واضح للجلد). (ويحتاج الي تدخل جراحي آخر.
7. يمكن أن يحدث التحجر بعد الجراحة بسبب الندوب الداخلية. حدوث هذا ليس قابل للتنبؤ. قد يكون من الضروري العلاج الإضافي بما في ذلك الجراحة.
7. عدم التام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
8. تمزق حشوات السيليكون واختلاطها بالأنسجة المحيطة.
9. حساسية من حشوات السيليكون والتي قد تختلف في أعراض وتوقيتات ظهورها.
10. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
11. قد يكون هناك خطراً صغيراً جداً للإصابة بسرطان الغدد الليمفاوية الكبيرة (ALCL) في الكبسولة المحيطة بالحشوة. يعد هذا مرضاً نادراً جداً ويتم البحث فيه حالياً فيما يتعلق بعلاقته بزراعة الثدي، وما إذا كان هذا حتى سرطاناً أو اضطراباً تكاثرياً لمفاوياً. إن ALCL هو سرطان نادر للغاية في جهاز المناعة يمكن أن يحدث في أي مكان في الجسم. يقدر المعهد الوطني لسرطان في الولايات المتحدة أن 1 من كل 500000 امرأة سنوياً يتم تشخيصهن بمرض ALCL. ويعتبر ALCL في الثدي أكثر ندرة حيث يتم تشخيص ما يقرب من 3 من كل 100 مليون امرأة في الولايات المتحدة سنوياً. العلاقة بين زراعة الثدي و ALCL غير واضحة وهي قيد التحقيق والبحث حالياً. في معظم الحالات، ولذا ينصح النساء ان لاحظن اي تغير في شكل او شعور المنطقة المحيطة بالحشوه التوجه للطبيب فوراً لتغيرات في شكل أو شعور المنطقة المحيطة بالزرع، عليها التوجه للطبيب.

❖ نصائح أخرى:

1. من المهم الاستمرار في إجراء فحوصات منتظمة لتصوير الثدي وإجراء فحص دوري والفحص الذاتي للثدي.
 2. إجراءات جراحة الثدي التي تنطوي على قطع من خلال أنسجة الثدي، على غرار خزعة الثدي، يمكن أن تتداخل مع الأشعات التشخيصية التي قد تحتاجها المرأة للكشف عن الأورام المختلفة ولكن مع تطور اجهزه الكشف الاشعاعي اصبح هذا الخطر نادر الحدوث .
 3. نجحت العديد من النساء في الرضاعة الطبيعية لأطفالهم. دراسة قياس عنصر السيليكون (أحد مكونات السيليكون) (في لبن الثدي البشري لم تشر إلى مستويات أعلى من النساء اللاتي لديهن حشوات مملوءة بالسيليكون عند مقارنتها بالنساء اللاتي لم يقمن بإجراء الجراحة.
 4. التدخين، التعرض للتدخين السلبي، منتجات النيكوتين: المرضى الذين يدخنون حالياً أو يستخدمون منتجات التبغ أو النيكوتين (اللصقة أو اللثة أو بخاخ الأنف) في حالة خطر أكبر على المضاعفات الجراحية الهامة للوفاة الجلدية وتأخر الشفاء وتندب إضافي.
 5. الأدوية والمكملات الغذائية العشبية: يمكن تؤدي الي المزيد من النزيف.
 6. خطط السفر والعمل: تنطوي أي عملية جراحية على خطر حدوث مضاعفات قد تؤخر الشفاء وتأخير عودتك إلى وضعها الطبيعي في الحياة.
- ❖ كما أقر أنني موافق على أن يقوم الجراح المعالج باستئصال أية نسيج أو جزء مصاب والقيام بالتحاليل الطبية اللازمة إذا كان مثل ذلك التصرف لفائدتي ومتوافق مع القوانين والتشريعات الطبية المعمول بها بجمهورية مصر العربية.
- ❖ كما أوافق على أية إجراءات استثنائية إذا تغيرت الظروف العادية المحيطة بإجراء الجراحة. كما أوافق على نقل الدم أو مكونات الدم في حالة استدعت الحاجة أثناء الجراحة المذكورة أعلاه وبعد ال (24) ساعة الأولى من العملية.
- ❖ كما أوافق بالتقاط صور فوتوغرافية أو تسجيل فيديو لغرض التوثيق الطبي مع التأكيد على سرية الهوية والخصوصية.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لتكبير الثدي (الأيمن/الأيسر)
باستخدام حشو من السيليكون الطبي
Augmentation Mammoplasty with Silicon Implants

11

حفر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريضة والبدائل العلاجية لها والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت لها الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريضة عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية لتكبير الثدي (الأيمن/الأيسر) باستخدام حشو من السيليكون الطبي.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع إلزامي الكامل بمتابعة المريضة بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لتصغير الثدي (الأيمن/الأيسر) Reduction Mammoplasty (Right/Left)

المريض:

أقر أنا الموقعة أدناه أنني موافقة على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. علي علم بالخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة لبس المشد لمدة لا تقل عن اسبوعين بعد الجراحة. وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فأنا الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.
2. اتفهم تماما احتمال حدوث تورم او ازرقاق في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من أسبوعين.
3. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات تجميل الثدي لا تتم الا بعد مرور شهرين من تاريخ الجراحة او حتى زوال التورم ايهما ابعد.
4. تم الشرح لي بواسطة الطبيب ان هناك احتمال لتغير الاحساس بالحلمة بعد الجراحة.
5. الجروح الناتجة عن الجراحة تحتاج الى متابعة وكريمات موضعية لمدة لا تقل عن سنة لتقليل الآثار ولا تختفي نهائيا.
6. لقد شرح لي الطبيب وتفهمت تماما ان احتمالات الاصابة -لا قدر الله- بسرطان الثدي خاضعة لعوامل وراثية ولا تزيد الجراحة بأي شكل من الاشكال احتمالية الاصابة بسرطان الثدي. بل بالعكس هناك ابحاث تؤكد على ان احتمال الاصابة بالسرطان تقل نتيجة استئصال جزء كبير من خلايا الثدي التي كان من الممكن ان تتحول الى سرطان
7. النتائج طويلة المدى: قد تحدث تغيرات لاحقة في شكل الثدي نتيجة الشيخوخة، والتعرض لأشعة الشمس، فقدان الوزن أو زيادة الوزن أو الحمل أو انقطاع الطمث أو ظروف أخرى لا تتعلق بالجراحة.
8. قد تكون الجراحة الثانوية ضرورية لإجراء شد إضافي للثدي أو إعادة وضع الثديين أو حدوث مضاعفات، قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية أو علاجات أخرى.
9. استخدام الدرنقه الجراحية: drains أثناء الجراحة، قد يجد طبيبك أنه من الضروري وضع مُصرف. التصريف عبارة عن أنبوب صغير يقوم بتصريف السوائل من المنطقة التي تم إجراء العملية عليها. سيتم إرشادك حول استخدام المصرف الخاص بك. قد يتطلب وضعه شقًا صغيرًا منفصلاً. سيتم إزالته عندما يشعر طبيبك أنه لم يعد ضروريًا.

بدائل علاجية: جراحة تصغير الثدي هي عملية جراحية اختيارية. العلاج البديل يتكون من عدم الخضوع لإجراء جراحي، والعلاج الطبيعي لعلاج شكاوى الألم، أو ارتداء الملابس الداخلية لدعم الثديين الكبيرين. في بعض المرضى المختارين، من الممكن استخدام شفط الدهون لتقليل حجم الثدي الكبير وايضا ترتبط المضاعفات بأشكال العلاج الجراحية البديلة.

الموافقة الخطية المستتيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لتصغير الثدي (الأيمن/الأيسر) Reduction Mammoplasty (Right/Left)

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل على جانبي الصدر عقب الجراحة، وكذلك تغير بالإحساس موضع الجراحة.
2. عدم التنام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
3. وجود تحجر أو تكلسات بالأنسجة والدهون في موضع الجراحة.
4. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
5. حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
6. تغير في احساس الحلمة بالزياده او النقصان وقد يستمر شهور بعد العمليه.
7. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
8. مشاكل التنام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التنام الجروح.
9. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحا من البعض الآخر. على الرغم من التنام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة. قد يختلف مظهر الندبة في نفس الندبة. قد تكون الندوب غير متماثلة (تظهر مختلفة على الجانب الأيمن والأيسر من الجسم). هناك إمكانية وجود علامات واضحة في الجلد من الغرز. في بعض الحالات، قد تتطلب الندوب مراجعة جراحية أو علاجية.
10. تجمع سيرومي (seroma): نادرًا ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.
11. الرضاعة الطبيعية: على الرغم من أن بعض النساء استطعن الرضاعة الطبيعية بعد تصغير الثدي، بشكل عام لا يمكن التنبؤ به.
12. احتمال نادر الحدوث ان يحدث فقدان جزئي او كلى بالحلمه او بالهاله البنيه المحيطة بها.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية تجميلية لتصغير الثدي (الأيمن/الأيسر)
Reduction Mammoplasty (Right/Left)

12

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى
في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى
التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفى تخدير موضعى اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريضة والبدائل العلاجية لها والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت لها الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريضة عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية لتصغير الثدي (الأيمن/الأيسر).
❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريضة بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار ويعتبر سارى لمدة اسبوع من تاريخ توقيع المريض

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لشد البطن Abdominoplasty Surgery

13

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. هو إجراء جراحي لإزالة الجلد الزائد والأنسجة الدهنية من أسفل البطن. لا تعد جراحة شد البطن علاجًا لزيادة الوزن. الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة الذين ينون إنقاص الوزن، يجب تأجيل جميع أشكال جراحة تنسيق القوام، حتى تصل إلى وزن ثابت. هناك مجموعة متنوعة من التقنيات المختلفة المستخدمة من قبل جراحي التجميل لاستئصال وشفط الدهون ويمكن الجمع بين الجراحات الأخرى من جراحات تنسيق القوام. تشمل جراحة شد البطن أو جراحة تنسيق القوام على إزالة الأنسجة الزائدة تاركه ندوب بالبطن، المخطط لها والمتفق عليها حسب احتياجاتك ولا تختفي أثارها نهائيا ولكنها تتحسن مع مرور الوقت والعلاجات الموضعية، يتم ايضا تصحيح وشد عضلات البطن أو غيرها من التدخلات التي تحتاجها اثناء الجراحة. ايضا في بعض الحالات، يتم تعديل موضع السرة ويكون حولها ندبه جراحية وفي بعض الحالات التي يصاحبها فتاق، قد يستلزم إزالتها.
2. علي علم بالخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني أتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة لبس المشد بعد الجراحة. وفي حالة إخلالي بمتابعة أو امر الطبيب فأن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.
3. النتائج طويلة المدى: قد تحدث تغييرات لاحقة في شكل البطن نتيجة الشيخوخة، والتعرض لأشعة الشمس، فقدان الوزن أو زيادة الوزن أو الحمل أو انقطاع الطمث أو ظروف أخرى لا تتعلق بالجراحة.
4. استخدام الدرنقة الجراحية: drains أثناء الجراحة، قد يجد طبيبك أنه من الضروري وضع مصرف. وهو عبارة عن أنبوب صغير يقوم بتصريف السوائل من المنطقة التي تم إجراء العملية عليها. سيتم إرشادك حول استخدام المصرف الخاص بك. قد يتطلب وضعه شقًا صغيرًا منفصلاً. سيتم إزالته عندما يشعر طبيبك أنه لم يعد ضروريًا.

بدائل علاجية: هي عملية اختيارية، تتكون البدائل من عدم معالجة مناطق الجلد المترهل والتكتلات الدهنية. شفت الدهون قد يكون بديلاً جراحياً، ولكن عادة لن يساعد في إزالة الترهلات، ضعف العضلات، والجلد المتدلي. قد تكون برامج الحمية والتمارين مفيدة في خفض الدهون الزائدة في الجسم بشكل عام.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. (تجمع سيرومي) seroma نادراً ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.
2. فقد بالإحساس العصبي بالجلد موضع الجراحة.
3. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل على جانبي البطن عقب الجراحة.
4. عدم التئام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
5. حدوث تشوه أو تغيير بموضع السرة.
6. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
7. مشاكل التئام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الإلتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التئام الجروح.
8. حدوث تشوه أو تغير بشكل وسطح الجلد المغطى للعانة والأجزاء التناسلية الخارجية لدى النساء مما قد يستلزم عمليات جراحية أخرى.
9. وجود تحجر بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لشد البطن Abdominoplasty Surgery

13

النموذج المعتمد من الجمعية المصرية لجراحي التجميل والاصلاح

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد البطن.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

.....

رقم تذكرة المريض

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام لشد الذراعين Arm lift-Brachioplasty

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

-عملية شد الذراع هي عملية جراحية تُستخدم للمساعدة في إزالة الجلد الزائد والأنسجة الدهنية من الإبط والجزء العلوي من النراع. وهذا ليس علاجًا جراحيًا لزيادة الوزن. يجب على الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة الذين ينوون إنقاص وزنهم تأجيل جميع أشكال جراحة تنسيق القوام حتى يصلوا إلى وزن ثابت.
-هناك مجموعة متنوعة من التقنيات المختلفة التي يستخدمها جراحو التجميل. يمكن دمج رفع الذراع مع عمليات أخرى، بما في ذلك استئصال الدهون بمساعدة الشفط، أو جراحات اختيارية أخرى.
-هناك أكثر من شكل للجرح الخاص بالعملية قد يكون بطول الذراع أو تحت الإبط وقد يمتد الي الساعد او الصدر في بعض حالات ما بعد عمليات السمنة المفرطة وينتج عنه آثار ندبات لا تختفي نهائيا ويتحسن أثارها مع مرور الوقت والعلاجات الموضعية.
-استخدام الدرنقة الجراحية: drains أثناء الجراحة، قد يجد طبيبك أنه من الضروري وضع مصرف. التصريف عبارة عن أنبوب صغير يقوم بتصريف السوائل من المنطقة التي تم إجراء العملية عليها. سيتم إرشادك حول استخدام المصرف الخاص بك. قد يتطلب وضعه شقًا صغيرًا منفصلاً. ستتم إزالته عندما يشعر طبيبك أنه لم يعد ضروريًا.

بدائل علاجية: شد او رفع الذراع هي عملية جراحية اختيارية. تتكون الخيارات الأخرى من عدم معالجة مناطق الجلد المترهل بالجراحة. قد تكون جراحة شفط الدهون بديلاً جراحياً إذا كانت مرونة الجلد جيدة ولا توجد به تشققات وتكتل الدهون موضعي لفرد في الوزن الطبيعي. قد تكون نظم الحمية والتمارين الرياضية مفيدة في الحد من الدهون الزائدة في الجسم. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضاً بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام لشد الذراعين Arm lift-Brachioplasty

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. فقد الإحساس بالجلد موضع الجراحة: من الشائع أن تعاني من نقص) أو فقدان (إحساس الجلد في المناطق التي خضعت لعملية جراحية) أعلى الذراع، الإبط. (من النادر أن تحدث تغيرات دائمة في الإحساس في اليدين والذراعين بعد، ولكن هذا ممكن. هناك خطر ضئيل لإصابة الأعصاب الحركية التي قد تؤدي إلى ضعف وظيفة الطرف العلوي / اليد.
2. تحدث الكدمات والتورم عادة.
3. الإحساس بضيق الذراع مؤقتاً.
4. قد يحدث ألم متفاوت الشدة ويستمر بعد الجراحة لايام وقد يحدث الألم المزمن بشكل غير متكرر للغاية نتيجة محاصره الأعصاب بالأنسجة الندبية (neuroma) أو بسبب الالتصاق بالندبات.
5. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحاً من البعض الآخر. على الرغم من التنام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة. قد يختلف مظهر الندبة في نفس الندبة. قد تكون الندوب غير متماثلة (تظهر مختلفة على الجانب الأيمن والأيسر من الجسم). وهناك إمكانية وجود علامات واضحة في الجلد من الغرز. في بعض الحالات، قد تتطلب الندوب مراجعة جراحية أو علاجيّه.
6. قد يحدث إعادة ترهل الجلد بمرور الوقت. وهذا بسبب استجابة الجسم المتأصلة للتمدد. المرضى الذين فقدوا كميات كبيرة من الوزن عرضة لهذه الظاهرة .
7. الغرز قد تخترق الجلد تلقائياً أو تصبح مرئياً أو تسبب تهيجاً يتطلب إزالة الغرز.
8. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل الذراعين.
9. عدم التنام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
10. تجمع السوائل seroma: نادراً ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
11. مشاكل التنام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التنام الجروح.
12. وجود تحجر بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.
13. قد تجد قطعة من الدهون طريقها إلى مجرى الدم، نادره الحدوث وتؤدي إلى حالة خطيرة أو تهدد الحياة والسكتة الدماغية، والتهاب السحايا (التهاب الدماغ)، عدوى خطيرة، العمى أو فقدان الرؤية، أو الموت.
14. نخر الدهون: الأنسجة الدهنية الموجودة في عمق الجلد قد تموت. قد ينتج عن ذلك مناطق متماسكة داخل الجلد. قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية لإزالة مناطق نخر الدهون.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام لشد الذراعين Arm lift-Brachioplasty

14

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : **التاريخ :** **الوقت :** **رقم تحقيق الشخصية:**

❖ **نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة** تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد الذراعين.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): **التوقيع:** **القسم التابع له:** **التاريخ:** **الوقت:**

❖ **الشاهد/ المترجم على توقيع المريض**

الاسم : **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومي:**

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام للأرداف بالحقن او جراحه الشد او الرفع Buttock lift-Augmentation-Fat transfer

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

شد الأرداف هو إجراء جراحي لازالة الجلد الزائد والأنسجة الدهنية من الوركين والفخذين والظهر والأرداف، وقد يشمل أيضًا وضع الدهون في مناطق معينة من الأرداف لتعزيز المنطقة. قد يشمل الإجراء الخاص بك أيضًا شفط الدهون و / أو نقل الدهون (إعادة حقن الدهون أو نحت الدهون (من هذه المناطق أو غيرها لتشكيل أو تعزيز الحجم. رفع الأرداف ليس علاجًا جراحيًا لزيادة الوزن. يجب على الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة لفقدان الوزن تأجيل جميع أشكال جراحة تنسيق القوام حتى يصلوا إلى وزن مستقر. هناك مجموعة متنوعة من التقنيات المختلفة التي يستخدمها جراحي التجميل لرفع الأرداف. يمكن دمج شد الأرداف مع أشكال أخرى من جراحة تنسيق القوام، بما في ذلك جراحة شفط الدهون ، أو إجراؤها في نفس الوقت مع جراحات اختيارية أخرى. قد تتطلب الجراحة نقل منتجات الدم؛ ومع ذلك، يختلف هذا على أساس كل حالة على حدة.

يمكن إزالة الدهون من الجسم عن طريق أداة جراحية (كانيولا (من خلال شق صغير أو قد يتم استئصالها (قطعها (مباشرة من خلال شق أكبر. في بعض الحالات، يتم تحضير الدهون بطريقة معينة قبل حقنها مرة أخرى في الجسم. ويشتمل هذا على غسل، ترشيق، وطرد مركزي للدهون. يتم بعد ذلك وضع الدهون في المنطقة المرغوبة إما باستخدام كانيولا أو إبرة صغيرة، أو يمكن وضعها مباشرة من خلال شق. نظرًا لأن بعض الدهون المنقولة لا تحافظ على حجمها بمرور الوقت، فقد يقوم الجراح بحقن أكثر مما هو مطلوب في ذلك الوقت لتحقيق النتيجة النهائية المرغوبة. ستنخفض كمية الدهون المنقولة خلال أسابيع قليلة. في بعض الأحيان، قد تحتاج إلى نقل المزيد من الدهون للحفاظ على النتائج المرجوة. يمكن إجراء عمليات نقل الدهون باستخدام مخدر موضعي أو تخدير عام اعتمادًا على مدى الإجراء.

وفي حالة الجراحة، هناك أكثر من شكل للجرح الخاص بالعملية قد يكون أسفل الظهر وفوق الأرداف وقد يمتد ليشمل الاجناب وأسفل البطن علي حسب احتياجاتك أو في بعض حالات ما بعد عمليات السمنة المفرطة وينتج عنه اثار ندبات لا تختفي نهائيًا ويتحسن اثارها مع مرور الوقت والعلاجات الموضعية. اتفهم تمامًا احتمال حدوث تورم أو ازرقاق في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من أسبوعين.

استخدام الدرنقه الجراحية :drains أثناء الجراحة، قد يجد طبيبك أنه من الضروري وضع مصرف. التصريف عبارة عن أنبوب صغير يقوم بتصريف السوائل من المنطقة التي تم إجراء العملية عليها. سيتم إرشادك حول استخدام المصرف الخاص بك. قد يتطلب وضعه شقًا صغيرًا منفصلًا. ستتم إزالته عندما يشعر طبيبك أنه لم يعد ضروريًا .

علي علم بالخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة لبس المشد لمدة لا تقل عن شهرين بعد الجراحة. وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فأنا الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام للأرداف بالحقن او جراحه الشد او الرفع **Buttock lift-Augmentation-Fat transfer**

15

بدائل علاجية: هي عملية جراحية اختيارية. تتكون الخيارات الأخرى من عدم معالجة مناطق الجلد المترهل بالجراحة. قد تكون جراحة شفط الدهون بديلاً جراحياً إذا كان هناك ليونة جلد جيد وتكتل دهني موضعي لفرد من الوزن الطبيعي. حقن مواد من صنع الإنسان لتحسين حجم الأنسجة (مثل حمض الهيالورونيك، حمض عديد اللبنيك، إلخ)، واستخدام الفرسات الاصطناعية، أو الإجراءات الجراحية الأخرى التي تنقل الدهون من الجسم مثل السدلات. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة بأشكال العلاج البديلة. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضاً بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. تسطیح الأرداف: قد تؤدي جراحات رفع الأرداف إلى تسطیح منطقة الأرداف. يؤدي شد جلد أسفل الظهر إلى الأعلى إلى هذه النتيجة. قد يقوم الجراح ببعض الإجراءات لتقليل هذا التأثير. يمكن تنفيذ هذه الإجراءات أثناء الجراحة الأصلية أو بشكل ثانوي، اعتماداً على تفضيل المريض والجراح.
2. فقدان الأنسجة - في حالات نادرة، قد تتسبب الدهون المنقولة في إصابة الجلد على المنطقة المعالجة مما يؤدي إلى فقدان الجلد والأنسجة المحيطة. قد يؤدي ذلك إلى ترك الندوب والتشوهات ويتطلب جراحة للعلاج.
3. تجمع السوائل: نادراً ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.
4. وجود تجمعات بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.
5. فقد الإحساس بالجلد موضع الجراحة.
6. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحاً من البعض الآخر. على الرغم من التنام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة. قد يختلف مظهر الندبة في نفس الندبة. قد تكون الندوب غير متماثلة (تظهر مختلفة على الجانب الأيمن والأيسر من الجسم). هناك إمكانية وجود علامات واضحة في الجلد من الغرز. في بعض الحالات، قد تتطلب الندوب مراجعة جراحية أو علاجية.
7. قد يحدث إعادة ترهل الجلد بمرور الوقت. يحدث هذا بسبب استجابة الجسم المتأصلة للتمدد. المرضى الذين فقدوا كميات كبيرة من الوزن عرضة لهذه الظاهرة.
8. الغرز قد تخترق الجلد تلقائياً أو تصبح مرئية أو تسبب تهيجاً يتطلب إزالة الغرز.
9. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل بين الجانب الأيمن والأيسر.
10. عدم التنام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
11. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
12. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
13. مشاكل التنام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التنام الجروح.
14. قد تجد قطعة من الدهون طريقها إلى مجرى الدم، نادره الحدوث وتؤدي إلى حالة خطيرة أو تهدد الحياة والسكتة الدماغية، والتهاب السحايا (التهاب الدماغ)، عدوى خطيرة، العمى أو فقدان الرؤية، أو الموت.
15. نخر الدهون: الأنسجة الدهنية الموجودة في عمق الجلد قد تموت. قد ينتج عن ذلك مناطق متماسكة داخل الجلد. قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية لإزالة مناطق نخر الدهون.
16. قد تحدث إصابته للأجزاء العميقة مثل الأعصاب أو الأوعية الدموية أو العضلات خلال هذا الإجراء. تختلف إمكانية حدوث ذلك وفقاً للمكان الذي يتم فيه تنفيذ الإجراء على الجسم. قد تكون الإصابة مؤقتة أو دائمة.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام للأرداف بالحقن
او جراحه الشد او الرفع **Buttock lift-Augmentation-Fat transfer**

15

النموذج المتمد من الجمعية المصرية لجراحي التجميل والاصلاح

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى
في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد الاردااف او نقل الدهون او شفطها.
❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التاريخ : الوقت : الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على إجراء عملية جراحية لتنسيق القوام لشد الفخذين Medial Thigh Lift

16

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التدخل الجراحي المبين عليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التدخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

معلومات عامة:

1. شد الفخذ هو إجراء جراحي لإزالة الجلد الزائد والأنسجة الدهنية من الفخذين. شد الفخذ ليس علاجًا جراحيًا لزيادة الوزن. يجب على الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة الذين ينوون إنقاص وزنهم تأجيل جميع أشكال جراحة تنسيق القوام حتى يصلوا إلى وزن مستقر.
2. هناك مجموعة متنوعة من التقنيات المختلفة التي يستخدمها جراحي التجميل لشد الفخذ من الداخل. يمكن دمج شد الفخذ مع أشكال أخرى من جراحة تنسيق القوام، بما في ذلك استئصال الدهون بمساعدة تقنيه الشفط، أو إجراؤه في نفس الوقت مع جراحات اختيارية أخرى. قد تتطلب الجراحة نقل منتجات الدم؛ ومع ذلك، يختلف هذا على أساس كل حالة على حدة.
3. يوجد جروح وندبات تختلف شكلها وطولها وموضعها من حاله الي أخرى، قد تكون بطول الفخذ من الداخل أو تمتد ما بين الفخذ والبطن وتصل الي أسفل الاردااف. ويتم مناقشتها مع الجراح حسب حالتك واحتياجاتك.
4. قد تحتاج الي جراحات اخري لشد الجلد والنتيجة ليست دائمة.
5. قد تتم الجراحة على مرحله واحدة او عدة مراحل.

مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. فقد بالإحساس بالجلد موضع الجراحة قد تمتد لشهور.
2. قد تلاحظ بعض الغرز بعد الجراحة. الغرز قد تخترق الجلد تلقائيًا أو تصبح مرئية أو تسبب تهيجًا يتطلب إزالة الغرز.
3. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل على الفخذ عقب الجراحة.
4. عدم التئام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
5. تجمع السوائل seroma: نادرًا ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتنظيف السوائل.
6. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
7. مشاكل التئام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل مع الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التئام الجروح.
8. حدوث تشوه أو تغير بشكل وسطح الجلد المعطى للعانة والأجزاء التناسلية الخارجية لدى النساء مما قد يستلزم عمليات جراحية أخرى.
9. وجود تحجر بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.
10. دائمًا ما تكون زوائد الجلد المتبقية في نهايات الجروح أو ضفائر الجلد عندما يكون هناك فائض في الجلد. قد يتحسن هذا بمرور الوقت، أو يمكن تصحيحه جراحيًا.
11. عدم التماثل: قد لا ينتج مظهر الجسم المتماثل.
12. قد تجد قطعة من الدهون طريقها إلى مجرى الدم، نادره الحدوث وتؤدي إلى حالة خطيرة أو تهدد الحياة والسكتة الدماغية، والتهاب السحايا (التهاب الدماغ)، عدوى خطيرة، العمى أو فقدان الرؤية، أو الموت.
13. نخر الدهون: الأنسجة الدهنية الموجودة في عمق الجلد قد تموت. قد ينتج عن ذلك مناطق متمسكة داخل الجلد. قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية لإزالة مناطق نخر الدهون.
14. يمكن أن يحدث التورم المستمر في الساقين بعد الجراحة.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام لشد الفخذين Medial Thigh Lift

16

بدائل علاجية: شد الفخذ من الداخل هو عملية جراحية اختيارية. تتكون الخيارات الأخرى من عدم معالجة مناطق الجلد المترهل والتكتلات الدهنية، استئصال الدهون بمساعدة تقنيه الشفط قد يكون بديلا للحالات ذو الوزن الطبيعي. برامج النظام الغذائي وممارسة الرياضة قد تكون مفيدة في الحد من الدهون الزائدة في الجسم وتحسين القوام. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضاً بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة: المريض ولى الامر قريب أخرى
في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع: التاريخ: الوقت: رقم تحقيق الشخصية:

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد الفخذ الإنسي.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

❖ **نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة** تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم: التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام بعد جراحات السمنة المفرطة Body Contouring Procedures in the Massive Weight Loss Patient-body lift

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جراء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. شد الجسم هو إجراء جراحي لإزالة الجلد الزائد والأنسجة الدهنية من البطن الوسطى والسفلية والوركين والفخذين الخارجيين والظهر والأرداف وشد عضلات جدار البطن. رفع الجسم ليس علاجًا جراحيًا لزيادة الوزن. يجب على الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة الذين ينوون إنقاص وزنهم تأجيل جميع أشكال جراحة تنسيق القوام حتى يصلوا إلى وزن مستقر.
 2. هناك مجموعة متنوعة من التقنيات المختلفة التي يستخدمها جراحي التجميل لرفع وشد الجسم. يمكن دمج شد الجسم مع أشكال أخرى من جراحة تنسيق القوام، بما في ذلك استئصال الدهون بمساعدة تقنيات الشفط، أو إجراؤه في نفس الوقت مع جراحات اختيارية أخرى.
 3. لا بد من وجود جروح وندبات تختلف شكلها وطولها وموضعها من حاله الي أخري يتم مناقشتها مع الجراح حسب حالتك واحتياجاتك.
 4. قد تحتاج الي جراحات اخري لاحقا لشد الجلد والنتيجة ليست دائمة.
 5. قد تتم الجراحة على مرحله واحدة او عدة مراحل.
- التصريف عبارة عن أنبوب صغير يقوم بتصريف السوائل من أثناء الجراحة، قد يجد طبيبك أنه من الضروري وضع مُصرف drains استخدام الدرنقه الجراحية ستتم إزالته عندما يشعر طبيبك أنه قد يتطلب وضعه شفطاً صغيراً منفصلاً. سيتم إرشادك حول استخدام المصرف الخاص بك. المنطقة التي تم إجراء العملية عليها لم يعد ضرورياً

بدائل علاجية: تتكون الأشكال البديلة للعلاج من عدم معالجة مناطق الجلد المترهل والتكتلات الدهنية. قد يكون شفط الدهون بديلاً جراحياً لرفع الجسم إذا كانت مرونة البشرة جيدة ويوجد تجمعات دهنية موضعية في البطن لدى الفرد ذي الوزن الطبيعي. برامج النظام الغذائي وممارسة الرياضة قد تكون مفيدة في الحد من الدهون الزائدة في الجسم وتحسين القوام. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة أيضاً بالأشكال الجراحية البديلة للعلاج.



17

الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لتنسيق القوام بعد جراحات السمنة المفرطة Body Contouring Procedures in the Massive Weight Loss Patient-body lift

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق شد الجسم وتثيق القوام بعد عمليات السمنة المفرطة.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التوقيع: القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لحقن ونقل الدهون Fat Transfer /Lipofilling

18

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جزاء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. يمكن استخدام دهون الشخص لتحسين مظهر الجسم عن طريق شفطه من منطقة (عادة في الفخذين أو البطن (الي منطقة اخرى نتيجته لفقدانها الدهون بسبب الشيخوخة، او الحوادث، او الجراحة، او العيوب الخلقية، أو أسباب أخرى.
2. يتم حقن المناطق التي يتم شفط الدهون منها بسائل يحتوي على ادرينالين ومخدر موضعي .
3. يتم شفط الدهون من الجسم باستخدام أداة جراحية (كانيولا شفط الدهون (من خلال شق صغير أو يمكن استئصالها (قطعها (مباشرةً من خلال شق أكبر في بعض الحالات.
4. يتم تحضير الدهون بطريقة معينة قبل حقنها في الجسم و. يشمل هذا التحضير غسل، ترشيح، وطرده مركزي للدهن. يتم بعد ذلك وضع الدهون في المنطقة المرغوبة باستخدام كانيولا أو إبرة، أو يمكن وضعها مباشرة من خلال جرح صغير.
5. بعض الدهون لا تحافظ على حجمها بمرور الوقت، ولذا فقد يقوم الجراح بحقن أكثر مما هو مطلوب في ذلك الوقت لتحقيق النتيجة النهائية المرغوبة. ستخفض كمية الدهون المنقولة خلال أسابيع قليلة. في بعض الأحيان، قد تحتاج إلى نقل المزيد من الدهون للحفاظ على النتائج المرجوة .
6. يمكن إجراء نقل الدهون باستخدام مخدر موضعي أو تخدير عام .
7. اعلم تمام العلم ان الدهون المحقونة يحدث لها امتصاص وتقل بنسبة من 30-60% او أكثر في الستة أشهر الاولى. كما أبلغني الطبيب أن حقن الدهون يحتاج الى أكثر من مرحلة للوصول للنتيجة المرجوة.

بدائل علاجية: عدم التدخل الجراحي. النظام الغذائي وممارسة الرياضة، تتكون الأشكال البديلة غير الجراحية والجراحية من حقن مواد من صنع الإنسان لتحسين حجم الأنسجة مثل حمض الهيالورونيك، حمض اللبنيك، وما إلى ذلك، واستخدام الحشوات ، أو غيرها من العمليات الجراحية التي تنقل السدلات من الجسم.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. تغير الإحساس بالجلد موضع الجراحة.
2. تجمع سوائل (مصل الدم): نادرًا ما تتراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.
3. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة.
4. عدم التئام الجرح بالجلد موضع الجراحة مما قد يتطلب جراحة أخرى.
5. وجود تحجر بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.
6. عند حدوث زيادة في الوزن قد يحدث عدم استواء في الجزء الذي تم الشفط منه وقد تحتاج لتدخل.
7. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
8. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
9. قد تجد قطعة من الدهون طريقها إلى مجرى الدم، نادره الحدوث وتؤدي إلى حالة خطيرة أو تهدد الحياة والسكتة الدماغية، والتهاب السحايا (التهاب الدماغ)، عدوى خطيرة، العمى أو فقدان الرؤية، أو الموت.
10. نخر الدهون: الأنسجة الدهنية الموجودة في عمق الجلد قد تموت. قد ينتج عن ذلك مناطق متماسكة داخل الجلد. قد يكون من الضروري إجراء جراحة إضافية لإزالة مناطق نخر الدهون.
11. (التورم المستمر) الوذمة اللمفية: يمكن أن يحدث التورم المستمر في الساقين بعد الجراحة.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لحقن ونقل الدهون Fat Transfer /Lipofilling

18

النموذج المعتمد من الجمعية المصرية لجراحي التجميل والاصلاح

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي):
الصفة:
في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى
التوقيع: التاريخ: الوقت: رقم تحقيق الشخصية:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية لحقن ونقل الدهون.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع إلزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): التاريخ: القسم التابع له: الوقت:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم: التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار ويعتبر ساري لمدة اسبوع من تاريخ توقيع المريض

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لشفط الدهون Liposuction

19

المريض:

أقر أنا الموقع أدناه أنني موافق على إجراء التداخل الجراحي المبين عاليه، وأقر أن الطبيب قد قام بشرح طبيعة ذلك التداخل الجراحي والهدف منه، كما أوضح البدائل المتاحة لهذا الإجراء الجراحي. كما أقر أنني على كامل المعرفة بالمضاعفات الطبية والجراحية ممكنة الحدوث من جزاء تلك العملية.

❖ معلومات عامه:

1. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة لبس المشد المناسب فترة لا تقل عن شهر ونصف من تاريخ الجراحة. وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فأنا الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.
2. أفضل المرشحين لشفط الدهون هم الأفراد ذوي الوزن الطبيعي نسبيًا والذين لديهم دهون زائدة على وجه الخصوص في بعض مناطق الجسم. الجلد المرن سيؤدي إلى نتيجة نهائية أفضل بعد شفط الدهون. الجلد الذي ترهل وبه علامات التمدد نتيجة زياده وفقدان الوزن المتكرر، أو نتيجة الشيخوخة الطبيعية لن يعيد تشكيل نفسه وقد تتطلب تقنيات جراحية إضافية لإزالة وشد الجلد الزائد.
3. شفط الدهون في حد ذاته لن يحسن مناطق التعرجات التي تعرف باسم "السيلوليت".
4. أنفهم تماما حدوث تورم بالجزء الذي تم الشفط منه وكذا الجزء المحقون مع احتمال حدوث ازرقاق والذي قد يستمر لفترة لا تقل عن أسبوعين.
5. في بعض الحالات، يمكن استخدام تقنية خاصة تنبعث منها طاقة فوق صوتية. هذه تقنية تعرف باسم استئصال الدهون بمساعدة الموجات فوق الصوتية. اعتمادًا على احتياجاتك، قد يقوم الجراح بالشفط بالطريقة التقليدية بجهاز شفط الدهون، أو بالاشتراك مع استئصال الدهون بمساعدة الموجات فوق الصوتية.
6. تتضمن تقنية شفط الدهون، حقن السوائل المحتوية على مخدر موضعي مخفف وأدريالين في المناطق المطلوب شفطها، حتى تقلل من فقدان الدم وكدمات ما بعد الجراحة.

تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات شفط الدهون لا تظهر الا بعد مرور 6 أشهر على الاقل من تاريخ الجراحة.

بدائل علاجي عدم التدخل الجراحي. النظام الغذائي وممارسة الرياضة قد يكون مفيداً في تقليل الدهون الزائدة في الجسم بشكل عام. إزالة الجلد الزائد والأنسجة الدهنية مباشرة. يكون ضروريًا بالإضافة إلى شفط الدهون لدى بعض المرضى.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

1. فقد بالإحساس العصبي بالجلد موضع الجراحة لمدته 3 شهور.
2. تجمع سوائل (seroma): قد يحدث تراكم السوائل بين الجلد والأنسجة الكامنة بعد الجراحة. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تتطلب إجراءات إضافية لتصريف السوائل.
3. عدم انتظام سطح وشكل ولون الجلد موضع الجراحة، وعدم تماثل الشكل عقب الجراحة.
4. وجود تحجر بالأنسجة والدهون أسفل موضع الجراحة.
5. عند حدوث زيادة في الوزن قد يحدث عدم استواء في الجزء الذي تم الشفط منه وقد تحتاج لتدخل اخر.
6. استئصال الدهون بمساعدة الموجات فوق الصوتية: نادرا ما يؤدي الى حروق بالجلد
7. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
8. التورم المستمر (الوذمة اللمفية): (يمكن أن يحدث التورم المستمر في الساقين بعد الجراحة.
9. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان أو ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
10. قد تجد قطعة من الدهون طريقها إلى مجرى الدم، نادره الحدوث وتؤدي إلى حالة خطيرة أو تهدد الحياة والسكتة الدماغية، والتهاب السحايا التهاب الدماغ، عدوى خطيرة، العمى أو فقدان الرؤية، أو الموت.



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء عملية جراحية لشفط الدهون Liposuction

19

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى **السن :**

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : **التاريخ :** **الوقت :** **رقم تحقيق الشخصية:**

الطبيب المعالج:

- ❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.
- ❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق اجراء عملية جراحية تجميلية لشفط الدهون.
- ❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع التزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

❖ **نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة** تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): **التوقيع:** **القسم التابع له:** **التاريخ:** **الوقت:**

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومي:**

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار ويعتبر ساري لمدة اسبوع من تاريخ توقيع المريض

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة تجميل الندبات Scar Revision Surgery

20

بصفتك جزء من العملية الطبية ومشارك في اتخاذ القرار الطبي تم تصميم هذا الاقرار للتأكد من المامك التام المستنير بالإجراءات الطبية المتبعة وانه قد تمت الاجابة على كل تساؤلاتك واستفساراتك بواسطة الطبيب المعالج.

1. اعطى بموجب هذا الاذن الى الطبيب: ----- ومساعديه لعمل تجميل للندبه الموجوده فى
2. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات. كما أننى اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب وفى حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فأن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن النتيجة.
3. العلاج الجراحي للندبات هو إجراء يتم إجراؤه بشكل متكرر من قبل جراحي التجميل. الندبات هي نتيجة لا يمكن تجنبها من الإصابات أو الحروق أو الجراحة. من المستحيل اختفاء الندبة تمامًا بالجراحة التجميلية والتي قد تحسن مظهر وملمس الندبات. هناك العديد من التقنيات المختلفة لجراحه تجميل للندبات. وقد تحتاج إلى علاجات أخرى بما في ذلك العلاج الطبيعي او العلاجات الموضعية بالإضافة إلى الجراحة.
4. تتكون العلاجات البديلة من عدم معالجة الندبة أو حقن أدوية من نوع الكورتيزون أو استخدام مشدات ضغط خاصة توضع فوق الندبة. أو علاج بالليزر ويمكن استخدام تقنيات جراحية أخرى لمراجعة الندبات. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة ايضا بالبدائل العلاجية.
5. اتفهم تماما حدوث تورم وتهيج واحمرار او ازرقاق فى منطقه الجراحة.
6. من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
7. على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.
8. مشاكل التنام الجروح: بعض الحالات الطبية والمكملات الغذائية والأدوية قد تؤخر وتتداخل معها الالتئام. المدخنون أكثر عرضة لخطر فقدان الجلد ومضاعفات التنام الجروح.
9. الندبات: جميع العمليات تترك ندبات، بعضها أكثر وضوحا من البعض الآخر. على الرغم من التنام الجروح بشكل جيد بعد الجراحة المتوقعة، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. في حالات نادرة، قد تنتج ندبات مرتفعة keloid، قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة.
10. حدوث عدوى بموضع الجراحة مما قد يتطلب إعطاء مضادات حيوية ومزيدا من العلاج.
11. نزيف موضع الجراحة مما قد يتطلب مزيدا من التداخلات الجراحية.
12. انغماد للفرز الجراحية تحت سطح الجلد مما قد يسبب أعراضا تستدعي تداخلات طبية وجراحية أخرى.
13. اقر بأنى اسمح للطبيب بأخذ صور قبل وبعد الجراحة لمتابعة النتائج مع عدم السماح بعرض هذه الصور وأنها تخضع للعلاقة السرية بين الطبيب والمريض.
14. قد يحدث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
15. لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. أنى أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضوءها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصي به. وأفهم أنه لا ينبغي على أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتى بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.



الموافقة الخطية المستنيرة على جراحة تجميل الندبات Scar Revision Surgery

20

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى
السن:
الصفة: المريض ولى الامر قريب أخرى
في حالة عدم توقيع المريض السبب: قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى
التوقيع: **التاريخ:** **الوقت:** رقم تحقيق الشخصية:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض
الاسم: **التوقيع:** **التاريخ:** **الوقت:** **الرقم القومي:**

إقرار الطبيب
لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / المرافق وأجبت على أسئلة المريض/، وإلى حد علمي، المريض قد تم إعلامه بشكل كاف وقد أعطى موافقته.

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المقر بما فيه: **الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي):** **التوقيع:** **القسم التابع له:** **التاريخ:** **الوقت:**

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار ويعتبر ساري لمدة اسبوع من تاريخ توقيع المريض

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على اجراء التقشير الكيميائي Chemical Skin Peels & Treatments

21

بصفتك جزء من العملية الطبية ومشارك في اتخاذ القرار الطبي تم تصميم هذا الاقرار للتأكد من المامك التام المستنير بالإجراءات الطبية المتبعة وانه قد تمت الاجابة على كل تساؤلاتك واستفساراتك بواسطة الطبيب المعالج.

1. اعطى بموجب هذا الأذن الى الطبيب: ومساعديه لعمل تقشير كيميائي نوع
2. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فإن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن النتيجة.
3. يتم إجراء التقشير الكيميائي للجلد والعلاجات الجلدية الأخرى لعلاج مجموعة متنوعة من اضطرابات الجلد. مثل أضرار أشعة الشمس والتجاعيد والتصبغ غير المتكافئ باستخدام هذه التقنيات غير الجراحية، هناك العديد من التقنيات والأنظمة المختلفة للتقشير الكيميائي وعلاج الجلد. في بعض الحالات، يمكن إجراء التقشير الكيميائي في وقت العمليات الجراحية الأخرى. التقشير الكيميائي للجلد وإجراءات علاج الجلد الأخرى ليست بديلاً لجراحة شد الجلد عندما يكون مترهلاً.
4. الخيارات الأخرى المتاحة هي عدم معالجة الجلد بعوامل تقشير كيميائية أو أدوية أخرى. يمكن تحسين الصبغات الجلدية والتجاعيد الجلدية عن طريق علاجات أخرى مثل علاج التقشير بالليزر، أو جراحة لشد الجلد المترهل. ترتبط المخاطر والمضاعفات المحتملة بأشكال العلاج البديلة.
5. اتفهم تماماً حدوث تورم وتهيج واحمرار بالوجه في فترة ما بعد التقشير والتي قد تمتد لأكثر من أسبوع.
6. آثار الشمس ضارة على الجلد. تعريض الجلد للعلاج الي الشمس يؤدي إلى زيادة الندبات وتغيرات اللون وسوء الشفاء.
7. على الرغم من أن العدوى بعد تقشير الجلد الكيميائي غير عادية، إلا أن العدوى البكتيرية والفطرية والفيروسية يمكن أن تحدث. يمكن أن تحدث عدوى فيروس الهربس البسيط حول الفم بعد التقشير الكيميائي.
8. على الرغم من التئام الجروح بشكل جيد بعد الإجراء، قد تحدث ندوب غير طبيعية داخل الجلد والأنسجة العميقة. في حالات نادرة، قد تنتج ندبات مرتفعة keloid، قد تكون الندوب غير جذابة ولونها مختلف عن لون البشرة المحيطة.
9. يمكن أن تؤدي عوامل التقشير الكيميائي الى تفتيح لون بشرتك بشكل دائم. هناك إمكانية لتغيرات غير منتظمة في اللون داخل الجلد بما في ذلك المناطق الأفتح والأغمق.
10. قد يستمر الاحمرار بعد التقشير الكيميائي لفترات طويلة.
11. قد لا يحسن التقشير الكيميائي الجلد تماماً أو يمنع الاضطرابات الجلدية والتصبغ أو التجاعيد المستقبلية. لا توجد تقنية يمكنها عكس علامات شيخوخة الجلد.
12. اذا كنت تتناول اكيوتان accutane يجب أن تناقش هذا الأمر مع جراحك. هذا الدواء قد يضعف قدرة الجلد على الشفاء بعد العلاج.
13. مستحضرات التقشير الكيميائي التي تحتوي على الفينول تنتج دقات قلب غير طبيعية قد تتطلب علاجاً طبياً إذا حدثت أثناء الإجراء.
14. الجلد يمكن أن يظهر أفتح أو أغمق من الجلد المحيط. على الرغم من أنه غير شائع، قد يستمر تغير لون الجلد لفترات طويلة، وفي حالات نادرة، قد يكون دائماً.
15. اقر بأنني اسمح للطبيب بأخذ صور قبل وبعد التدخل المطلوب لمتابعة النتائج مع عدم السماح بعرض هذه الصور وأنها تخضع للعلاقة السرية بين الطبيب والمريض.
16. لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. أنى أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضونها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصي به. وأفهم أنه لا ينبغي على أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتي بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.

التوقيع: المريض: المرافق: التاريخ: الساعة:

إقرار الطبيب

لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / المرافق وأجبت على أسئلة المريض / وإلى حد علمي، المريض قد تم إعلامه بشكل كاف وقد أعطى موافقته.

التاريخ:



نموذج الموافقة الخطية المستنيرة على حقن بوتكس (Botox)

22

المريض:

بصفتك جزء من العملية الطبية ومشارك في اتخاذ القرار الطبي تم تصميم هذا الاقرار للتأكد من المامك التام المستنير بالإجراءات الطبية المتبعة وانه قد تمت الاجابة على كل تساؤلاتك واستفساراتك بواسطة الطبيب المعالج.

1. اعطى بموجب هذا الاذن الى الطبيب: ومساعديه لعمل حقن بوتكس نوع
2. في أبريل 2002، تمت الموافقة على استخدام البوتوكس من قبل إدارة الأغذية والعقاقير بالولايات الامريكية للعلاج التجميلي لتجاعيد الجبهة والجبين و تجاعيد أقدام الغربان بجانب العين . كما يمكن علاج شرانط العنق بطريقة "خارج التسمية" "off-label" fashion
3. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات والبدائل الأخرى. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب وفي حالة إخلالي بمتابعة او امر الطبيب فان الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الحقن.
4. تشمل البدائل العلاجية الأخرى، عدم معالجة تجاعيد الجلد بأي وسيلة. قد يتم تحسين تجاعيد الجلد عن طريق علاجات أخرى أو أنواع بديلة من الجراحة مثل شد الوجه أو شد الحاجب.
5. اتفهم تماما حدوث تورم او كدمات او ازرقاق بالوجه في فترة ما بعد الحقن والتي قد تمتد لأكثر من اسبوع.
6. أتفهم انه يقوم على إرخاء العضلات في مناطق الوجه والرقبة التي تسبب التجاعيد المرتبطة بتعبيرات الوجه. يمكن أن يؤدي العلاج بالبوتكس إلى جعل خطوط تعبيرات الوجه أو التجاعيد أقل وضوحاً أو تختفي بشكل أساسي.
7. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية للبوتكس لا تتم الا بعد مرور اسبوع على الاقل من تاريخ الحقن. وفي حالة الحاجة لأي تدخل اخر لا يمكن القيام به قبل مرور اسبوع من تاريخ الحقن.
8. تم الايضاح لي بان البوتكس يعمل لمدة تتراوح من 3-6 أشهر.
9. في بعض الحالات النادرة قد يحدث حساسية تتحسن بالعلاج.
10. قد تتأثر العضلات التي ترفع الجفن، إذا هاجرت هذه المادة اسفل منطقه الحقن. في حالة حدوث هذه المشكلة، قد تكون هناك حاجة إلى علاجات إضافية مثل قطرات العين. والذي يتحسن في فترة لا تقل عن شهر من الحقن.
11. من الممكن عدم الحصول على نتيجة كاملة في العضلات المستهدفة. يمكن إجراء حقن إضافي للوصول إلى المستوى المطلوب من النتيجة حتى يتم تحقيق الهدف.
12. عدم التماثل: عادة ما يكون الوجه البشري ومنطقة الجفن غير متناسقة فيما يتعلق بالتشريح الهيكلي والوظيفية. يمكن أن يكون هناك اختلاف من جانب إلى آخر من حيث الاستجابة لحقن البوتكس.
13. يعاني بعض المرضى من صعوبة في إغلاق جفونهم، وقد تحدث مشاكل في القرنية بسبب الجفاف. في حالة حدوث هذه المضاعفات النادرة، قد تكون هناك حاجة إلى علاجات إضافية أو قطرات العين الواقية أو العدسات اللاصقة أو الجراحة.
14. قد تحدث الرؤية المزدوجة إذا انتقلت مادة البوتكس إلى منطقة العضلات التي تتحكم في حركات مقلة العين.
15. التأثير طويل الأمد على الأنسجة غير معروف. مخاطر وعواقب الحقن العرضي في الأوعية الدموية غير معروفة ولا يمكن التنبؤ بها. هناك احتمال أن يتم اكتشاف عوامل خطر إضافية.
16. اتعهد أنني غير حامل وانى لست مرضعة وليس لدي أي مرض عصبي كبير بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الوهن العضلي والتصلب المتعدد.
17. اقر بأنني اسمح للطبيب بأخذ صور قبل وبعد الحقن لمتابعة النتائج مع عدم السماح بعرض هذه الصور وأنها تخضع للعلاقة السرية بين الطبيب والمريض.
18. لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. أتى أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضوءها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصى به. وأفهم أنه لا ينبغي على أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتي بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.

التوقيع المريض: المرافق: التاريخ: الساعة:

إقرار الطبيب

لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / المرافق وأجبت على أسئلة المريض/

، وإلى حد علمي، المريض قد تم إعلامه بشكل كاف وقد أعطى موافقته.

..... التاريخ: الطبيب:



نموذج الموافقة الخطية المستنيرة على حقن الفيللر (Filler)

23

المريض:

بصفتك جزء من العملية الطبية ومشارك في اتخاذ القرار الطبي تم تصميم هذا الأقرار للتأكد من المامك التام المستنير بالإجراءات الطبية المتبعة وانه قد تمت الإجابة على كل تساؤلاتك واستفساراتك بواسطة الطبيب المعالج.

1. اعطى بموجب هذا الأذن الى الطبيب
2. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فإن الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الحقن.
3. اتفهم تماما حدوث تورم بالوجه أو كدمات أو ازرقاق في فترة ما بعد الحقن والتي قد تمتد لأكثر من أسبوع.
4. قد يحدث عقيدات تحت الجلد.
5. لقد أبلغني طبيبي بأن الفيللر قد يحتوي على مخدر موضعي.
6. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية للفيللر لا تظهر الا بعد مرور اسبوع على الاقل من تاريخ الحقن. وفي حالة الحاجة لأي تدخل اخر بالخد لا يمكن القيام به قبل مرور اسبوع من تاريخ الحقن.

7. لا تحدث المضاعفات في الغالبية العظمي ولكن اتفهم وجود بعض المضاعفات التي قد تحدث:

- نزيف وكدمات.
 - مكان الإبره قد يحدث علامه عاده ما تزول في غضون أيام قليلة.
 - حساسية الجلد: قد يحدث الطفح الجلدي والحكة والحنان والتورم بعد الحقن.
 - قد لا يحقق النتيجة المرجوه اما بالزيادة او النقص.
 - عدم التماثل: يكون وجه الإنسان غير متماثل في مظهره وتشريحه.
 - تورم الجلد: يمكن أن يحدث الورم .
 - مادة حشو الأنسجة المرنية: قد يكون من الممكن رؤية أي نوع من الفيللر التي تم حقنها في المناطق التي يكون فيها الجلد رقيقاً.
 - الأورام الحبيبية: الكتل المؤلمة في الجلد والأنسجة الأعمق بعد حقن الحشو نادرة للغاية.
 - نخر الجلد: من غير المألوف للغاية موت الجلد والأنسجة الرخوة العميقة بعد الحقن. يمكن أن يؤدي نخر الجلد إلى ظهور ندبات غير مقبولة. في حالة حدوث هذه المضاعفات، قد تكون هناك حاجة إلى علاجات إضافية أو جراحة.
 - قد يقلل وجود الأجسام المضادة لحمض الهيالورونيك من فعالية هذه المادة أو ينتج عنه تفاعل في الحقن اللاحقة.
 - الحقن العرضي داخل الشرايين: من النادر للغاية، يمكن حقن المواد المائلة عن طريق الخطأ في الهياكل الشريانية وتسبب انسداداً في تدفق الدم. قد ينتج عن ذلك نخر في الجلد أو تلف تدفق الدم إلى العين، مما يؤدي إلى فقدان الرؤية. مخاطر وعواقب الحقن العرضي داخل الأوعية للحشو غير معروفة وليست متوقعة.
8. أقر بأني اسمح للطبيب بأخذ صور قبل وبعد الجراحة لمتابعة النتائج مع عدم السماح بعرض هذه الصور وأنها تخضع للعلاقة السرية بين الطبيب والمريض.
 9. تم الايضاح لي بان فترة بقاء الفيللر تتراوح ما بين 9 أشهر الى سنتين. وان في اغلب الحالات حقنة فيلرر واحدة لا تكفي للوصول الى الحجم المطلوب وعليه قد يحتاج الوصول للنتيجة المرجوة حقن أكثر من حقنة.
 10. لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. أني أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضوءها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصي به. وأفهم أنه لا ينبغي على أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتي بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.

التوقيع: المريض: المرافق: التاريخ: الساعة:

إقرار الطبيب

لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / المرافق وأجبت على أسئلة المريض/ ، وإلى حد علمي، المريض قد تم إعلامه بشكل كاف وقد أعطى موافقته.

التوقيع: التاريخ:



نموذج الموافقة الخطية المستنيرة على الخيوط التجميلية (Facial Threads)

24

المريض:

1. بصفتك جزء من العملية الطبية ومشارك في اتخاذ القرار الطبي تم تصميم هذا الإقرار للتأكد من المامك التام المستنير بالإجراءات الطبية المتبعة وأنه قد تمت الإجابة على كل تساؤلاتك واستفساراتك بواسطة الطبيب المعالج.
2. اعطى بموجب هذا الأذن الى الطبيب: ومساعديه لعمل التدخل الجراحي لجراحي.....
3. لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب من ضرورة المحافظة على الوجه من التعابير المفاجئة او التدليك. وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب فان الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الخيوط.
4. اتفهم تماما احتمال حدوث تورم او ازرقاق في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من ثلاثة اسابيع.
5. لقد أبلغني طبيبي بأنني سأتلقي التخدير الموضعي. وأفهم أن هناك مخاطر وآثارا جانبية مقترنة بالتخدير والمهدنات.
6. عاده ما يكون هناك كشكشه عند منطقه دخول الخيوط تختفى في خلال ايام.
7. تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات شد الوجه بالخيوط لا تتم الا بصورة تدريجية ابتداء من الاسبوع الثاني وحتى 3-4 شهور بعد تركيب الخيوط.
8. في بعض الحالات قد تقتضي الحاجة لتركيب خيوط جديدة لاستكمال النتيجة المرجوة بعد ثلاثة شهور وفي هذه الحالة يتكفل المريض بتكلفة الخيوط فقط.
9. لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. أنى أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضوئها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصي به. وأفهم أنه لا ينبغي على أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتي بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.
10. لقد قرأت هذا النموذج وإني أفهمه بشكل كامل وعليه أسمح بهذه العملية / الأجراء أو العلاج وأوافق طوعا عليها. وإنني أدرك أن ممارسة الطب والجراحة ليست علماً دقيقاً، وأنا أقر بأنه لم يقدم لي أي ضمانات بشأن نتائج العملية أو الإجراء. وأفهم أنه لدي الحرية الكاملة لأرفض قبول أي إجراء. وبهذا أعطي موافقتي لعمل الإجراءات المذكورة أعلاه.

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

المريض: التوقيع: المرافق: التاريخ: الساعة:

إقرار الطبيب

لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / المرافق وأجبت على أسئلة المريض / ، وإلى حد علمي، المريض قد تم إعلامه بشكل كاف وقد أعطى موافقته.

التاريخ: الطبيب:



الموافقة الخطية المستنيرة علي اجراء عملية جراحية عمل غمازة دائمة - مؤقتة (Facial dimple)

25

المريض:

- 1- اعطى بموجب هذا الاذن الى الطبيب:ومساعديه لعمل التدخل الجراحي في صورة
- 2- لقد شرح لي الطبيب كافة الخطوات من الفتح الجراحي والخيوط الجراحية وخطوات الجراحة. كما أنني اتعهد بالالتزام بتوصيات الطبيب وفي حالة إخلالي بمتابعة اوامر الطبيب والفريق الطبي المساعد له غير مسئولين عن نتيجة الجراحة.
- 3- اتفهم تماما حدوث تورم بالوجه في فترة ما بعد الجراحة والتي قد تمتد لأكثر من أسبوع.
- 4- لقد أبلغني طبيبي بأنني سألتقى التخدير الموضعي.
- 5- تم الشرح والتوضيح التام ان النتيجة النهائية لعمليات الغمازة لا تتم الا بعد مرور شهر على الاقل من تاريخ الجراحة. & في حالة الحاجة لأي تدخل اخر بالخد لا يمكن القيام به قبل مرور ستة أشهر من تاريخ اجراء الجراحة.

❖ مضاعفات خاصة بذلك الإجراء الجراحي:

- 1- وجود تميل وخطر بالوجنتين بصورة مؤقتة حتى ستة أشهر عقب الجراحة.
- 2- إصابة العصب الوجهي مما قد يسبب ضعفا بعضلات الوجه بصورة مؤقتة ممتدة لما بين ستة أشهر وعام عقب الجراحة.
- 3- نزيف تحت الجلد مما قد يؤثر على سلامة وحيوية الجلد.
- 4- تكدم وتورم بالوجه عقب الجراحة.
- 5- من الجائز الشعور بعدم الرضا من الشكل النهائي عقب الجراحة.
- 6- حدوث حساسية من أي من مكونات المواد المستخدمة في الجراحة.
- 7- عدم التماثل بين الوجنتين.
- 8- على الرغم من توقع نتائج جيدة، لا يوجد ضمان أو ضمان صريح أو ضمني، على النتائج التي يمكن الحصول عليها.

❖ اعلم تمام العلم ان الأمور الطبية قد يحدث بها أي متغيرات اثناء العملية وان الاجراءات الجراحية قد تختلف من شخص لأخر لذا امنح الاذن لطبيبي بالقيام بما يراه مناسباً اثناء الجراحة لضمان عدم تعرضي لأذى.

❖ اقر بأنني اسمح للطبيب بأخذ صور قبل وبعد الجراحة لمتابعة النتائج مع عدم السماح بعرض هذه الصور وأنها تخضع للعلاقة السرية بين الطبيب والمريض.

❖ لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي. أنى أعطيت ما يكفي من المعلومات التي يمكنني على ضوءها أن أتخذ قراراً مستنيراً بشأن الخضوع للعلاج الموصي. به. وأفهم أنه لا ينبغي على أن أوقع اسمي على هذا النموذج حتى يتم الإجابة على كافة أسئلتني بشكل مقبول لي وحتى أفهم كل الكلمات أو المصطلحات الواردة في هذا النموذج.

❖ لقد قرأت هذا النموذج واني أفهمه بشكل كامل وعليه أسمح بهذه العملية / الأجراء أو العلاج وأوافق طوعاً عليها. وإنني أدرك أن ممارسة الطب والجراحة ليست علماً دقيقاً، وأنا أقر بأنه لم يقدم لي أي ضمانات بشأن نتائج العملية أو الإجراء. وأفهم أنه لدي الحرية الكاملة لأرفض قبول أي أجراء. وبهذا أعطي موافقتي لعمل الإجراء المذكورة أعلاه.



الموافقة الخطية المستنيرة علي اجراء عملية جراحية
عمل غمازة دائمة - مؤقتة
(Facial dimple)

25

النموذج العمود من الجمعية المصرية لجراحي التجميل والاصلاح

المقر بما فيه (الاسم ثلاثي): ذكر انثى السن :

الصفة : المريض ولى الامر قريب أخرى

في حالة عدم توقيع المريض السبب قاصر قصور ذهني غائب عن الوعي أخرى

التوقيع : التاريخ : الوقت : رقم تحقيق الشخصية:

❖ الشاهد/ المترجم على توقيع المريض

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي:

❖ نوع التخدير المستخدم اثناء الجراحة تخدير كلي تخدير نصفي تخدير موضعي اعطاء مهدئ

الطبيب المعالج:

❖ أقر بأنني قد قمت بشرح طبيعة الإجراء الجراحي المقرر للمريض والبدائل العلاجية له والمضاعفات الوارد حدوثها، كما أعطيت له الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك الإجراء وقمت بالإجابة عليها.

❖ كما أقر أن العملية الجراحية عالية تهدف إلى علاج المريض عن طريق إجراء عملية جراحية تجميلية لعمل غمازه بالخد.

❖ كما أقر أنني قد قمت باتخاذ كافة الاحتياطات والفحوصات الطبية المعمول بها قبل إجراء هذا التداخل الجراحي من تحاليل طبية وأشعات مع إلزامي الكامل بمتابعة المريض بعد إجراء الجراحة وحتى تمام الشفاء.

المقر بما فيه:

الطبيب المعالج (الاسم الثلاثي): القسم التابع له: التاريخ: الوقت:

ملاحظات هامة:

- لا يسمح بإجراء أي تعديلات علي هذا النموذج بعد الانتهاء من تعبئته وإنما يستبدل بنموذج آخر جديد.
- يحتفظ المريض أو من ينوب عنه بنسخة من هذا الإقرار.

رقم تذكرة المريض

.....



الموافقة الخطية المستنيرة على خطورة العدوى بالكوفيد 19 COVID-19 Risk Informed Consent

26

أقر أنا/ اسم المريض أفهم أنني أختار علاج اختياري /الإجراء /الجراحة غير العاجلة وقد لا تكون ضرورية من الناحية الطبية. كما أفهم أن الفيروس التاجي الجديد COVID-19 قد أعلن أنه جائحة عالميه من منظمة الصحة العالمية. أفهم أيضاً أن COVID-19 معدي للغاية ويعتقد أنه تنتشر عن طريق الاتصال من شخص لآخر؛ ونتيجة لذلك، توصي الوكالات الصحية بالتباعد الاجتماعي.

أدرك أن الدكتور وجميع الموظفين في / اسم المنشأة (تراقب هذا الوضع عن كثب وقد وضعت تدابير وقائية تهدف إلى الحد من انتشار COVID-19. ومع ذلك، نظرا لطبيعة الفيروس، أنا أتفهم أن هناك خطراً كاملاً للإصابة بـ COVID-19 بحكم الشروع في ذلك العلاج / الإجراء /الجراحة الاختيارية.

أقر بهذا وافترض خطر الاصابه بالعدوى COVID-19 من خلال هذا العلاج/الإجراء/ الجراحة الاختيارية، وأعطى اذنى الصريح للدكتور وجميع الموظفين في منشأة للمضى قدماً في الإجراء.

أفهم أنه حتى لو تم اختياري لـ COVID وحصلت على نتيجة اختبار سلبية، فإن الاختبارات في بعض الحالات قد تفشل في اكتشاف الفيروس أو ربما أصبت بـ COVID بعد الاختبار. أنا أفهم ذلك، إذا كان لدي عدوى COVID-19، وحتى إذا لم يكن لدي أي أعراض تنفسية، فنتيجة لاختياري هذا، يمكن أن يؤدي العلاج /الإجراء /الجراحة إلى فرصة أكبر للمضاعفات الوقائية.

أفهم أن التعرض المحتمل لـ COVID-19 قبل /أثناء /بعد العلاج /الإجراء /الجراحة قد ينتج عن ذلك ما يلي: التشخيص الإيجابي لـ COVID-19، والحجر الصحي /العزل الذاتي الممتد، والاختبارات الإضافية، الذي قد يتطلب العلاج الطبي، العناية المركزة، والحاجة المحتملة للتنفس الصناعي قصير المدى أو طويل المدى، المضاعفات المحتملة الأخرى، وخطر الموت. بالإضافة إلى ذلك، بعد العلاج /الإجراء /الجراحة الاختيارية، قد أحتاج إلى رعاية إضافية قد تتطلبها لي أن أذهب إلى غرفة الطوارئ أو المستشفى.

أفهم أن COVID-19 قد يسبب مخاطر إضافية، قد لا يعرف بعضها أو الكثير منها حالياً هذه المرة، بالإضافة إلى المخاطر الموضحة هنا، بالإضافة إلى تلك المخاطر للعلاج / الإجراء /الجراحة بحد ذاتها.

لقد تم إعطائي خيار تأجيل العلاج /الإجراء /الجراحة إلى تاريخ لاحق. ومع ذلك، أفهم جميع المخاطر المحتملة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، المضاعفات المحتملة قصيرة المدى وطويلة الأجل المتعلقة COVID-19، وأود أن أستمّر في العلاج /الإجراء /الجراحة التي أريدها.

لقد أتيت لي فرصة كافية لمناقشة حالتي وعلاجي مع طبيبي ومعاونيه، وتمت الإجابة على كافة استفساراتي بشكل مقبول لي.

التوقيع: المريض: المرافق:

التاريخ: الساعة:

لقد عرضت على نسخة من الوثيقة. اسم المريض



الموافقة الخطية المستنيرة على التفويض بالتصوير الفوتوغرافي

أوافق على التقاط صور أو مقاطع فيديو لي أثناء إجراء (عمليات) الجراحة التجميلية التالية:

الإجراء: التاريخ:

الإجراء: التاريخ:

التي سيقوم بها الدكتور. (طبيبي).

- أوافق كذلك على استخدام، وتحرير مثل هذه الصور الفوتوغرافية أو أشرطة الفيديو أو التاريخ المرضي من قبل طبيبي للجمعية المصرية لجراحة التجميل والإصلاح
ESPRS والمكلفين بها.

- أوافق على نشر هذه الصور الفوتوغرافية أو أشرطة الفيديو أو تاريخ الحالة من قبل طبيبي و / أو ESPRS / أو أي طرف يتصرف بموجب ترخيصه وتفويضه في أي وسائط
مطبوعة أو مرئية أو إلكترونية، ولا تقتصر على المجلات والكتب الطبية والعروض العلمية والدورات التعليمية ومواقع الإنترنت، أيضا لغرض إعلام المهن الطبية أو
الجمهور بأساليب الجراحة التجميلية والنتائج، سواء كانت أو لم تكن هذه الإعدادات تعليمية أو علمية أو تجارية. ولكن لا يذكر اسمي أو اسم أي فرد من عائلتي، في أي
منشور. ومع ذلك، أتفهم أنه قد يتم معرفتي من صورتني أو شكلي أو تاريخ الحالة المرضي.

- أدرك أنه يحق لي إلغاء هذا التفويض كتابيًا في أي وقت، ولكن إذا فعلت ذلك، فلن يكون له أي تأثير على أي إجراءات تم اتخاذها قبل الإلغاء. إذا لم ألغى هذا التفويض، فإن
الموافقة على ذلك ستكون من التاريخ المكتوب أدناه. أفهم أنني قد أرفض التوقيع على هذا التفويض ولن يكون لهذا الرفض أي تأثير على العلاج الطبي الذي أتلقاه من طبيبي.

- أقر بأنني أعطيت لي الفرصة لطرح كافة الأسئلة المتعلقة بذلك وأيضا بما ان يكون ذلك متوافق مع القوانين والتشريعات الطبية المعمول بها بجمهورية مصر العربية.

- أقر وأصرح بالتنازل عن جميع الحقوق التي قد تكون لدي في الصور أو أشرطة الفيديو أو التاريخ المرضي ومن أي ادعاء قد يكون متعلق به مثل الاستخدام في النشر، وبما
في ذلك أي مطالبة بالدفع فيما يتعلق بتوزيعها أو نشرها في أي وسيط. أمنح هذه الموافقة كمساهمة طوعية لصالح التعليم العام وأقر بأنني قرأت التفويض والإصدار أعلاه
وفهمت شروطه بالكامل.

التوقيع

المريض : المرافق: التاريخ: الساعة: الرقم القومي:

لقد قرأت التفويض والإصدار أعلاه. أنا الوالد أو الوصي أو المشرف على المريض أو صغير السن -تحت السن القانوني. أنا مفوض لتوقيع هذه الموافقة نيابة عن المريض.

الاسم : التوقيع: التاريخ: الوقت: الرقم القومي: