

## موافقة مستنيرة لإجراء عملية الليزر السطحي (بي كار)

الدكتور ياسر الرفاعي  
اختصاصي طب وجراحة العيون  
الرباط - أكدال، 56 شارع فرنسا، الطابق الثاني

المضني أسفله، أقر بأنني اطّلت ووعيت بمشكّلتني الصحية المتمثلة في ضعف البصر الناتج عن عيب انكساري (قصر نظر، طول نظر أو انحراف)، وأن الطبيب المعالج قد شرح لي طبيعة هذه المشكلة وتأثيرها على الرؤية اليومية

لقد تم إخباري بأن التقنية المقترحة هي عملية الليزر السطحي (بي كار) التي تعتمد على إزالة الطبقة السطحية للقرنية ثم إعادة تشكيلها بواسطة الليزر بهدف تصحيح العيب الانكساري وتحسين الرؤية وتقليل الحاجة إلى استعمال النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة.

### النتائج المتوقعة

- ١- تحسن ملحوظ في الرؤية بدون نظارات في معظم الحالات
- ٢- قد تبقى الحاجة إلى ارتداء نظارات للرؤية الدقيقة أو الليلية
- ٣- قد تستغرق فترة استقرار الرؤية عدة أسابيع إلى أشهر بعد العملية
- ٤- قد تحدث بعض التغيرات البصرية المؤقتة خلال مرحلة الالتئام

### المخاطر والمضاعفات المحتملة

- ١- مضاعفات مبكرة  
ألم أو حرقة في العين خلال الأيام الأولى بعد العملية -  
غشاوة أو ضبابية بصرية مؤقتة -  
التهاب أو تأخر في التئام سطح القرنية -  
جفاف العين المؤقت -  
الحاجة إلى إعادة العملية إذا كان التصحيح غير كافٍ -
- ٢- مضاعفات متأخرة  
عتمامة سطحية في القرنية قد تؤثر على صفاء الرؤية -  
ضعف دائم في الرؤية الليلية عند بعض المرضى -  
جفاف مزمن بالعين -  
عودة تدريجية لجزء من العيب الانكساري بعد سنوات -
- ٣- مخاطر نادرة ولكن خطيرة  
التهاب عميق بالقرنية -  
فقدان بصري دائم وهو أمر نادر جداً -

### البدائل الممكنة

- ١- الاستمرار في ارتداء النظارات الطبية
  - ٢- استعمال العدسات اللاصقة الطبية
  - ٣- اللجوء إلى تقنيات أخرى لتصحيح البصر مثل الليزك أو زرع عدسات داخل العين
- أقر أنني حصلت على جميع المعلومات حول العملية ومضاعفاتها وبدائلها، وأنني استفسرت عن ما لم أفهمه، وأخذت الوقت الكافي للتفكير قبل إعطاء موافقتي

وبناء عليه، فإنني أوافق بمحض إرادتي على إجراء العملية المذكورة أعلاه من طرف الدكتور ياسر الرفاعي

الاسم الكامل للمريض: .....

رقم البطاقة الوطنية: .....

التاريخ: .....

الإمضاء: .....

قَرِيٌّ وَصَوِيْقٌ عَلَيْهِ