

## موافقة مستنيرة لإجراء عملية سمايل (كلير)

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

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

لقد تم إخباري بأن التقنية المقترحة هي عملية سمايل (كلير) التي تعتمد على استخراج عدسة قرنية صغيرة بواسطة ليزر الفيمتوثانية من خلال شق صغير جداً في القرنية، وذلك بهدف تصحيح العيب الانكساري وتقليل الحاجة إلى استعمال النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة

### النتائج المتوقعة

- ١- تحسن ملحوظ في الرؤية بدون نظارات في معظم الحالات
- ٢- سرعة التعافي البصري مقارنة بالليزر السطحي
- ٣- تقليل احتمال جفاف العين مقارنة بتقنيات أخرى
- ٤- قد تبقى الحاجة إلى ارتداء نظارات في بعض الحالات الدقيقة

### المخاطر والمضاعفات المحتملة

- ١- مضاعفات مبكرة  
جفاف العين المؤقت -  
هالات ضوئية أو وهج خاصة ليلاً -  
ضعف الرؤية الليلية في بعض الحالات -  
التهاب أو تأخر في التئام القرنية -  
الحاجة إلى إعادة العملية إذا كان التصحيح غير كافٍ -
- ٢- مضاعفات متأخرة  
عودة تدريجية لجزء من العيب الانكساري بعد سنوات -  
ضعف دائم في الرؤية الليلية عند بعض المرضى -  
جفاف مزمن بالعين -  
إمكانية حدوث تغيرات غير منتظمة في القرنية تؤثر على جودة الرؤية -
- 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 الليزر السطحي
- ٤- زرع عدسات داخل العين في بعض الحالات

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: .....

فُرِيَّ وصوِدِق عليه