

## موافقة مستنيرة لإجراء عملية التريبيكولكتومي (Trabeculectomie)

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

المضني أسفله، أقر بأنني اطّلت ووعيت بمشكّلي الصحية المتمثلة في الزَّرَق (الغلوكوما) الذي يسبب ارتفاعاً في ضغط العين وقد يؤدي إلى تلف العصب البصري وفقدان تدريجي للبصر.

التي، (Trabeculectomie) لقد تم إخباري بأن التقنية المقترحة هي عملية التريبيكولكتومي تهدف إلى خلق قناة لتصريف السائل داخل العين نحو الخارج لتقليل الضغط الداخلي والحفاظ على العصب البصري.

### النتائج المتوقعة

- ١- خفض ضغط العين بشكل فعال
- ٢- تقليل مخاطر فقدان البصر الناتج عن الزَّرَق
- ٣- إمكانية تقليل الحاجة إلى القطرات الخافضة للضغط
- ٤- نجاح العملية قد يختلف من مريض لآخر

### المخاطر والمضاعفات المحتملة

- ١- مضاعفات مبكرة:
  - نزيف في العين -
  - التهاب أو عدوى -
  - هبوط شديد في ضغط العين -
  - تسرب السائل من مكان الجراحة -
  - تشوش مؤقت في الرؤية -
- ٢- مضاعفات متأخرة:
  - انسداد القناة الجراحية وفشل العملية -
  - ارتفاع ضغط العين مجدداً -
  - تكوّن ندبات تحد من فعالية العملية -
  - تشكل ماء أبيض (ساد) مبكر بعد العملية -
- ٣- مخاطر نادرة ولكن خطيرة:
  - التهاب داخلي حاد -
  - نزيف شديد قد يؤدي إلى فقدان البصر -
  - فقدان العين (نادر جداً) -

### البدائل الممكنة

- ١- الاستمرار في العلاج بالقطرات الخافضة لضغط العين
- ٢- إجراء ليزر (تريبيكولوبلاستي بالليزر) في بعض الحالات
- ٣- جراحات أخرى للتحكم في ضغط العين (مثل وضع صمام)

أقر أنني حصلت على جميع المعلومات حول العملية ومضاعفاتها وبدائلها، وأني 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