

## الموافقة الجراحية على إجراء سديلة (ترقيع) الملتحمة

أنا الموقع أدناه، أوافق بموجب هذا على إجراء جراحة سديلة الملتحمة تحت التخدير العام لعلاج قرحة القرنية غير الملتئمة.

لقد تم شرح الغرض من هذا الإجراء لي، وهو محاولة المساعدة على التئام قرحة القرنية من خلال توفير دعم دموي، وحماية، وتحسين وصول عوامل الشفاء إلى المنطقة المصابة. وأتفهم أن هذا الإجراء موصى به لأن العلاج الدوائي وحده لم يحقق التئامًا مرضيًا.

أقرّ بأنه، رغم التوصية بهذه الجراحة لتحسين فرص شفاء القرنية، لا يمكن تقديم أي ضمان لنجاح العملية أو لنتيجة محددة ونهائية.

كما أنني أفهم وأقبل المخاطر والقيود التالية:

المخاطر المرتبطة بالتخدير العام في الخيول، بما في ذلك الإصابات أثناء بدء التخدير أو الإفاقة، ومضاعفات التخدير، وفي حالات نادرة الوفاة.

المخاطر الجراحية، بما في ذلك العدوى، أو انفصال السديلة، أو استمرار الشعور بعدم الراحة، أو التندب، أو انخفاض شفافية القرنية، أو ضعف الرؤية.

احتمال فشل الإجراء في تحقيق شفاء القرحة، أو الحاجة إلى علاج طبي أو جراحي إضافي لاحقًا.

رغم العلاج المناسب، يبقى هناك خطر تطور مرض القرنية، بما في ذلك احتمال تمزق مقلة العين أو فقدان البصر.

لقد تمت الإجابة على جميع الأسئلة المعقولة المتعلقة بطبيعة الجراحة، والفوائد المتوقعة، والمخاطر، والبدائل، والتشخيص المستقبلي بما يرضيني.

اسم المالك / الوكيل: \_\_\_\_\_

اسم الحصان: \_\_\_\_\_

التوقيع: - \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

الطبيب البيطري: \_\_\_\_\_