



إستمارة الموافقة على تنظير القولون



رقم الوثيقة	RB.FR.175	تاريخ النشر الأول	2016/02/01	تاريخ التجديد	2018/07/25	رقم التجديد	4	رقم الصفحة	5/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

سبب التجديد : تغيير محتوى الوثيقة.

المريض

رقم ملف المريض.....
الإسم واللقب.....
تاريخ الميلاد.....
الجنس.....
إسم القسم.....
تاريخ الموافقة.....

عزيزي المريض / وكيله الممثل القانوني :

لكم الحق في معرفة الوضع الصحي لوضعكم / لمريضكم وجميع أنواع المعاملات الطبية ، الجراحية أو التشخيصية الموصى بها لكم / لمريضكم وبدائلها ، فوائدها ، مخاطرها وحتى أضرارها ، ولكم الحق في رد أو قبول جميع أو بعض ما تم ذكره أو توقيف المعاملات في أية مرحلة.
هذه الوثيقة التي نطلب منكم قرائتها وفهمها ، ليست لإرعابكم أو إبعادكم عن التطبيقات الطبية التي ستجرى ، إنما الغرض من هذه الوثيقة هو لتحديد رضاكم أو عدمه ، إعلامكم وأخذ موافقتكم

إعطاء معلومات :

التشخيص الأولي :
العلاج المخطط / الوقت المقدر :

معلومات بحق الإجراء :

سيقوم الطبيب بفحص الطبقة التي تغطي سطح الأمعاء الغليظة وسيبحث عن نمو غير متوقع أو مرض في هذا النسيج. إذا لم يتم التنظير سيكون التشخيص ناقص وهذا قد يُسبب في تأخير العلاج لبعض الأمراض التي يمكن معالجتها في التشخيص المبكر. هذا التصوير يتم بأنبوب قابل للانحناء ومرن ومركب على طرفه كاميرا مضيئة. يدخل هذا الجهاز المستقيم ثم يتم فحص الأجزاء العليا من الأمعاء الغليظة (الأجزاء القريبة من الأمعاء الدقيقة).

العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR.17 5	تاريخ النشر الأول	/02/01 2016	تاريخ التجديد	2018/07/25	رقم التجديد	4	رقم الصفحة	5/2
-------------	---------------	----------------------	----------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

1. قد تنتقب الأمعاء الغليظة ، في هذا الوضع قد يفر محتوى الأمعاء الغليظة الى داخل البطن. هذه المخاطر تزداد بإخراج السليطة (البوليب) ، هذه المخاطر لها علاقة مباشرة بحجم السليطة التي تم إستئصالها. يجب وضع أنبوب في معدتك للحفاظ على الأمعاء الغليظة فارغة في علاج هذه الحالة ، يجب إعطاء المغذيات السائلة والمضادات الحيوية للدم من الوريد و قد تكون حاجة لعملية عاجلة، هذا قد يتطلب البقاء الطويل في المستشفى.

2. قد يحدث نزيف بعد إستئصال السليطة و / او خزعة الأمعاء الغليظة ، يحدث هذا بسبب تلف الأوردة في جدار الأمعاء. هذه المخاطر لها علاقة مباشرة بحجم السليطة التي تم إستئصالها. قد يحدث النزيف بعد 12 يوم من المداخلة. عادة يتوقف النزيف دون الحاجة للعلاج.

3. قد لا يكتمل الإجراء لأسباب ليست باليد أو أمراض الامعاء الغليظة، قد لا يتم تشخيص الأمراض الخطيرة مثل السليطة وحتى السرطان بسبب عدم اكتمال الإجراء. أحيانا لا يمكن تشخيص السليطة والسرطان حتى لو إكتمل الإجراء. هذه المضاعفات درجتها أعلى عند الأشخاص التي تكون أمعائهم الغليظة غير نظيفة. لهذا السبب ، من المهم جداً اتباع قواعد تنظيف الأمعاء الغليظة والتي سيتم شرحها لك قبل الإجراء.

4. قد يحدث ألم و إنتفاخ في البطن بعد يوم – يومين من الإجراء ، حتى لو تم العلاج بالمسكنات فإنه يذهب تلقائياً.

5. يتم إنهاء العملية عند حدوث شيء غير متوقع.

6. من المضاعفات النادرة لتنظيف القولون هو الوفاة.

تعريف التسكين :

يوفر إمكانية جعل جميع المعاملات مريحة ومضمونة لكم و/أو لطفلكم والتي هدفها التشخيص والعلاج دون الإحساس بالألم ، دون الحركة أو عند لزوم نومكم.

معلومات عن التسكين :

التسكين مشابه للنوم ، يبدأ بإعطاء دواء بتأثير سريع لعلاج مسكن (حقنة ، تحميلية ، حبة ، شراب ، بخاخ وما شابه) و بعد تركيب مصل. هذا الوضع يبقى مستمراً بالأدوية خلال المداخلة. هنا يذهب الوعي و إحساس الألم في جميع أنحاء الجسم. في التدخلات البسيطة وقصيرة الأجل يتم إعطاء العلاج من الوريد. يتم استخدام المواد المساعدة الأخرى في التدخلات الثقيلة وطويلة الأمد. يُعطى الأوكسجين بواسطة قناع التنفس الذي يتم وضعه على الفم والأنف. خلال المداخلة يجب مراقبة وظائف العضء الهمة للجس مثل : النبض ، الضغط ، التنفس ، تصوير القلب الكهربائي ، نبضات القلب و أكسجة الدم. يتم قطع الأدوية مع نهاية المداخلة و تستيقظ كانك تستيقظ من سبات عميق. تتم مراقبتك حتى تستيقظ بشكل كامل وحتى تعود وظائف الأعضاء لوضعها الطبيعي.

رقم الوثيقة	RB.FR.175	تاريخ النشر الأول	2016/02/01	تاريخ التجديد	2018/07/25	رقم التجديد	4	رقم الصفحة	5/3
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

ماذا يمكن ان يحدث إذا لم يتم التسكين؟

الشعور بالألم خلال التصوير اللازم للتشخيص و/او العلاج ، وعند شعور المريض بالألم لن يبقى ثابتاً وبالتالي ستكون مداخلات التشخيص و/او العلاج غير كافية.

الآثار الجانبية :

قد يحدث غثيان ، قيئ ، توقف التنفس ، إنخفاض أو إرتفاع في عدد النبض و الضغط ، ونادراً ألم في الرقبة ، الحساسية ، خسارة الأعصاب ، الحاجة للتنبيب ، إنسداد ، إرتفاع الحرارة الخبيث ، الوفاة.

الحالات التي يجب إيضاحها للطبيب قبل التسكين:

إذا قام بهذه المداخلة من قبل أو لا ، الأدوية التي يستخدمها المريض ، الأمراض التي يعاني منها ، إضطراب النزيف أو الحساسية.

الحالات التي يجب على المريض مراعاتها بعد التسكين :

تتم مراقبتك حتى تستيقظ بشكل كامل وحتى تعود وظائف الأعضاء لوضعها الطبيعي.

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

إذا كان هناك علاج خاص مخطط إستعماله المميزات والعوامل الخاصة عنه:

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

رقم الوثيقة	RB.FR.175	تاريخ النشر الأول	2016/02/01	تاريخ التجديد	2018/07/25	رقم التجديد	4	رقم الصفحة	5/4
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

الوصول للمساعدة الطبية في نفس الموضوع عند الضرورة :

بموجب التشريعات الصحية كل فرد له حق إختيار المستشفى والطبيب. يمكنك الحصول على مساعدة طبية من مؤسسات التأمين الصحي الخاص والعام في نطاق التأمين الاجتماعي الخاص بك. بإمكانكم الحصول على الدعم الطبي بالمراجعة الشخصية للمستشفى على مدار 24 ساعة او التواصل مع الطبيي الذي أجرى العملية او الطبيب المختص عن طريق الإتصال على الرقم 0 222 335 0 335. في حالة الطوارئ يمكنكم أخذ الدعم الصحي الاتصال من أقرب مؤسسة صحية أو عن طريق الإتصال بمركز الطوارئ (112).

إذا كانت هناك أسئلة للمريض :

الموافقة :

تم الشرح لي بشكل مفهوم جميع النتائج التي ممكن أن أتعرض لها في حال عدم العلاج او رفض المعالجة ، وكذلك تم شرح لي ما قد أتعرض له من فقر الدم ، الإصابة بالميكروبات بما في ذلك التهاب السحايا ، تخثر الدم في الأوردة والرتنين ، نزيف في مكان العملية أو في منطقة أبعد، رد فعل تحسسي ، تورم في الأنسجة ، نوبة صرع ، عجز مؤقت أو دائم في العضو/ النظام والوفاة خلال التشخيص أو تطبيق العلاج.

أعلم و أقبل أيضاً الآثار الجانبية الأخرى مثل : فقدان الحس في منطقة الشق، أثر جرح دائم (ندبة) ، تشوه شكل الجسم نتيجة إضافة – إستخراج عظام ، وصول عصير المخ الى مكان العملية أو الإبرة ، وجع في الرأس أو ألم طويل/مزمن ، فقدان الصوت بشكل مؤقت أو دائم نتيجة شلل الحبل الصوتي ، فقدان وظيفة في الأعضاء مثل الوجه ، الحجاب ، الأسنان ، العيون ، السمع ، البلع ، الرؤية ، التحكم في الإدرار والبراز ، تغييرات في الشخصية ، الإعاقه بسبب خسارة في الأنسجة و الأعضاء أو الحاجة الى إستخدام الأدوية / الهرمونات مدى الحياة ، ألم لمدة قصيرة أو طويلة بسبب شكل الوقوف خلال التطبيق .

قرأت المعلومات المذكورة أعلاه و تم إعطائي المعلومات من طرف الطبيب. أصبح لدي علم عن هدف المداخلة الطبية أو الجراحية ، مخاطرها ومضاعفاتها. أوافق على المعاملة دون الحاجة للمزيد من الإيضاحات الأخرى ، دون أي ضغط وأنا بكامل إرادتي. عند فقداي الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أعطي الصلاحية.....

..... (الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقبلت)

5/5	رقم الصفحة	4	رقم التجديد	2018/07/25	تاريخ التجديد	2016/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR.175	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	-----------	-------------

المرضى

الساعة :

التوقيع :

التاريخ :

الإسم واللقب (بخط اليد):

أب / أم / الممثل القانوني للمريض* :

التوقيع :

التاريخ/ الساعة :

الإسم واللقب (بخط اليد):

* يجب على الشخص المشار إليه في الفقرة الأخيرة التوقيع.

تم إعطاء المعلومات الكافية والمُرضية للمريض / قريب المريض المذكور أعلاه بخصوص المرض ، المداخلة ، سبب وفوائد هذه المداخلة ، الرعاية اللازمة بعد المداخلة ، المخاطر المتوقعة ، إذا لزم التخدير نوع التخدير الذي سيتم تطبيقه والمضاعفات التي قد تنتج عن التخدير. المريض / قريب المريض قام بالموافقة على هذا النموذج بكامل إرادته بعد إعطائه المعلومات الخاصة بالمداخلة.

الطبيب

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

الإسم واللقب :

إذا كان المريض يعاني من مشكلة في اللغة / التواصل:

قمت بترجمة الإيضاحات التي تمت من طرف الطبيب. في رأيي أن المريض فهم المعلومات التي ترجمتها.

المترجم

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

الإسم واللقب (بخط اليد):

يمكنكم مراجعة مديرية خدمات المريض نهاراً و المشرف الليلي ليلاً من اجل جميع شكاويكم بخصوص التطبيقات الطبية او ماتريد أن تطرق له من مواضيع.

*الممثل القانوني : الوصي للذين تحت الوصاية ، الأم – الأب من أجل القاصرين ، في حال عدم وجود هؤلاء الورثاء من الدرجة الأولى. التوقيع على نموذج الموافقة هذا لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.