



## إستمارة الموافقة على عملية إستئصال الكلية بالمنظار



رقم الوثيقة	RB.FR. 159	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/07	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/1
-------------	------------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

سبب التنقيح : 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 ، فواندها ، 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:

يتم إستخدام التخدير العام ، يتم إستئصال الكلية تماماً. إذا كان سبب إستئصال الكلية هو الورم ، يتم أيضاً إستئصال النسيج الدهني المحيط بالكلية. الكلية الأخرى ستتحمل جميع وضايف الكلية التي تم إستئصالها. تتم العملية بإستخدام معدات خاصة يتم تركيبها من 4 – 5 شقوق بطول 1 سم من جانب الجسم. يتم شق أسفل البطن حسب حجم الكلية لإخراجها. في بداية العملية يتم تركيب مسبر في المثانة وفي نهايتها يتم تركيب كيس التسريب.

### العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR. 159	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/07	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/2
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

### المضاعفات المحتملة للإجراء :

- 1- قد تحدث آلام في العضلات بعد العملية بسبب الوضع الذي يُعطى لجسمكم خلال العملية.
- 2- قد يحدث نزيف 3.3 % من الأوعية الدموية الكبيرة للكلى. هذا الوضع قد يتطلب مداخلة جراحية إضافية أو نقل دم.
- 3- قد يحدث تسرب إدرار 17% في منطقة العملية إذا تم إستئصال جزء من الكلية. هذا الوضع يتطلب مداخلة جراحية إضافية.
- 4- قد يحدث نزيف خفي 2% داخل البطن. هذا الوضع قد يتطلب العلاج بالسوائل أو مداخلة جراحية جديدة.
- 5- قد تحدث مضاعفات إنتهابية مثل تراكم الصديد 2% داخل البطن . هذا الوضع قد يتطلب التفريغ بجراحة إضافية أو إستخدام المضادات الحيوية.
- 6- قد تكون هناك حاجة للقسطرة البولية بسبب عدم القدرة على إفراغ المثانة البولية 1% بعد العملية خاصة لدى المرضى الذكور ، هذا الوضع في العادة مؤقت ويستمر حتى تعود وظائف المثانة البولية لطبيعتها.
- 7- قد تحدث إصابات في الأمعاء تُسبب بهروب محتوى الأمعاء 1.6 % ، هذا الوضع قد يتطلب مداخلة جراحية إضافية.
- 8- قد تبطئ أو تتوقف حركات الأمعاء 5% بعد العملية. قد تتولد حاجة لعلاج إضافي لهذا الوضع الذي يُسبب إنتفاخ في الأمعاء وتقيء.
- 9- قد يكون التنام الجرح غير طبيعي لدى بعض المرضى ، في هذه الحالة قد يصبح الجرح أكثر سما ، محمر ومؤلم.
- 10- قد يحدث إنتفاخ في مكان الجرح بشكل جزئي أو كامل لدى المرضى ذو الوزن الزائد.
- 11- قد تحدث إلتصاقات 1% بين الأمعاء بعد العملية ، هذه المضاعفات قد تحدث على المدى الطويل او القصير ، وقد يتطلب هذا علاج جراحي.
- 12- قد يحدث فشل كلوي ، وتتولد حاجة لغسيل الكلية.
- 13- هناك خطر إمتصاص ثاني أكسيد الكربون المستخدم لتكوين ساحة العمل 8% خلال العملية وتراكمه تحت الجلد ، في الرئات وفي الأمعاء.

### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

### معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

5/3	رقم الصفحة	1	رقم التنقيح	2018/02/07	تاريخ التنقيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 159	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	---------------	-------------

### توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

### 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 الإتصال 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 والرتتين ، 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 ، الحاجب ، الأسنان ، العيون ، السمع ، البلع ، الرؤية ، التحكم في الإدرار والبراز ، تغييرات في الشخصية ، الإعاقة بسبب خسارة في الأنسجة و الأعضاء أو الحاجة الى إستخدام الأدوية / الهرمونات مدى الحياة ، ألم لمدة قصيرة أو طويلة بسبب شكل الوقوف خلال التطبيق .



## إستمارة الموافقة على عملية إستئصال الكلية بالمنظار



رقم الوثيقة	RB.FR. 159	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/07	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/4
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

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 فقداني  
الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أُعطي الصلاحية.....

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

المريض:

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.



إستمارة الموافقة على عملية إستئصال الكلية بالمنظار



رقم الوثيقة	RB.FR. 159	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/07	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/5
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

المترجم

التوقيع :

التاريخ / الساعة :

الإسم واللقب ( بخط اليد).....

يمكنكم مراجعة مديرية خدمات المريض نهائياً و المشرف الليلي ليلاً من أجل 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.