

رقم الوثيقة	RB.FR. 184	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التقيح		رقم التقيح		رقم الصفحة	4/1
-------------	------------	-------------------	------------	--------------	--	------------	--	------------	-----

سبب التقيح :

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 لإرعاكم 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 :

خلل الورك التنوي له أسماء أخرى مختلفة مثل خلل الورك التنوي ، خلل الورك الخلقي. خلل الورك هو خراب العلاقة بدرجات مختلفة الكرة في مفصل الورك (رأس الفخذ) و العش (التجويف الحقي) . وهو يحوي أخذ تطعيم نسيج العظم من عظم الورك بعمل شق على التجويف الحقي مباشرة وتثبيتته بالأوتار بوضعه على خط الشق بهدف إزالة الأنسجة الناعمة التي تعرقل وضع رأس عظم الفخذ في مكانه وتوفر إمكانية بقاء رأس عظم الورك في مكانه من أجل إعادة بناء رأس عظم الفخذ والتجويف الحقي للورك داخل الحدود التشريحية. إذا لم يكن إمكان لوضع الورك في مكانه يتم قص مقدار من العظم من عظم الفخذ لتقصيره. مرحلة المرض تؤثر بشكل مباشر على نتائج العلاج ، يتم إعطاء قرار بخصوص اختيار العلاج حسب عمر المريض و درجة الخلع. جراحات الأنسجة اللينة ناجحة للغاية في المراحل المبكرة من المرض ولكن احتمال تكرارها يزيد إذا كانت زاوية فتحة الورك عالية. أول ستة أشهر بعد العملية تتم المتابعة بالجص والجهاز لذلك قد تواجهنا مشاكل جلدية مختلفة.

رقم الوثيقة	RB.FR. 184	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التقيح	رقم التقيح	رقم الصفحة	4/2
-------------	---------------	----------------------	------------	--------------	------------	------------	-----

يتم إستخدام الجص أول شهرين بعد العملية و في الأربعم أشهر التي تليها يتم تطبيق المعالجة بالجهاز بهدف المحافظة على إستقامة مداخله العظم بعد العملية. يُسمح للمريض بالمشي بعد إقتناع الأطباء بعدم الحاجة لحماية إضافية و أن العظم الموضوع في مكان الشق قد إلتحم بشكل كافي. في الشروط الطبيعية يبقى المريض في الجص لمدة شهرين بعد العملية.

العلاج البديل :

المضاعفات المحتملة للإجراء :

- قد تحدث إصابات في الأوعية الدموية المحيطة و الأعصاب خلال شق عظم الورك.
- قد يتطور جرح في مكان الجرح في أرضية الزرع الموضوع و تتولد الحاجة الى مداخله و/أو المداواة بالعلاج.
- قد يصبح تحرك في مكان تطعيم العظم الموضوع في منطقة شق العظم ، لذلك ، قد تكون هناك حاجة لعملية جراحية إضافية.
- رأس عظم الفخذ الموضوع في التجويف الحقي الحقيقي قد يخرج من مكانه بعد العملية لأسباب مختلفة.
- قد يحدث تكلس مبكر في عظم الفخذ بسبب سوء التغذية الوعائية لرأس عظم الفخذ و خراب الرأس (نخر لاوعائي).
- قد يحدث تصلب المفصل و جروح ضغط بسبب الجص الذي تم تطبيقه من أجل حماية الإجراء الذي تم خلال العملية .

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

رقم الوثيقة	RB.FR. 184	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التقيح	رقم التقيح	رقم الصفحة	4/3
-------------	---------------	----------------------	------------	--------------	------------	------------	-----

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/مزمّن ، فقدان الصوت بشكل مؤقت أو دائم نتيجة شلل الحبل الصوتي ، فقدان وظيفة في الأعضاء مثل الوجه ، الحاجب ، الأسنان ، العيون ، السمع ، البلع ، الرؤية ، التحكم في الإدراج 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 .

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 ، أُعطي الصلاحية.....

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

رقم الوثيقة	RB.FR. 184	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التقيح	رقم التنقيح	رقم الصفحة	4/4
-------------	---------------	----------------------	------------	--------------	-------------	------------	-----

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 غبطائه 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 هذه لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.



إستمارة الموافقة على عملية خلل التنسج الوركي التنموي

