

رقم الوثيقة	RB.FR.173	تاريخ النشر الأول	2018/03/15	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	رقم الصفحة	4/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	-------------	------------	-----

سبب التنقيح :

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 :

لمراقبة داخل المفصل ، يتم إدخال النظام البصري للتنظير في المفصل من خلال ثقب شق 0.5 سم. تتم رؤية داخل المفصل بشكل كامل من الشاشة بماميرا يتم تركيبها على طرف النظام البصري المسمى سكوب ، و إذا لزم المر تتم المداخلة، يمكن تسجيل الصور على الفيديو ، أخذ الصور. التشخيص لأمراض المفصل يتم بمساعدة الحكاية العائدة لمرض المريض ، المعاينة البدنية ، طرق التصوير ونتائج المختبرات. على الرغم من كل هذا إذا كانت صعوبة في تشخيص المرض ، يمكن إجراء التنظير قبل العلاج للتشخيص.

العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR.173	تاريخ النشر الأول	2018/03/15	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/2
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

- (أ) قد يحدث تخدير وفقدان قوة نتيجة الضغط على العضلات والأعصاب في منطقة التطبيق نتيجة لشد العصبية (يشبه القطعة التي يتم لفها على الذراع ونفخها عند قياس الضغط) الملفوفة على الورك من أجل عدم حدوث نزيف خلال الجراحة ، هذا الوضع قد يكون مؤقت أو دائم.
- (ب) قد يتطور خسارة في الجلد ، موت الجلد في المنطقة التي يتم فيها تطبيق العصبية. ما هو مذكور قد يتطلب لتضميد ، عمليات إضافية ونقل الجلد.
- (ج) قد يحدث تمزق للتطعيم (مجموعة الرباط الصليبي) من جديد ، هذا قد يتطلب عمليات إضافية.
- (د) قد يتطور التهاب في الركبة ، وهذا يستدعي غسل التطعيم (مجموعة الرباط الصليبي) بالعملية أو يتطلب الإزالة الكاملة ، يمكن أن يؤدي إلى تصلب المفصل مما يؤدي إلى فقدان الحركة.
- (هـ) على الرغم من الجراحة ، قد تستمر الشكاوى التي كانت موجودة في الركبة قبل العملية.
- (ز) تصلب المفاصل (الحد من الحركة)، هذا الموضوع قد يكون مؤقت أو دائم.
- (ح) قد يتطور جوارب الألم بشكل غير طبيعي للمداخلة الجراحية و هذا يُسبب زيادة الألم بشكل أكبر.
- (ط) تغيير في الحس الموضعي و اللون بسبب جرح العملية.
- (ي) في بعض المرضى ، قد يكون التئام الجرح غير طبيعي ، يمكن أن يكون النسيج الشافي (الندبة) سميكًا ومحمراً اللون.
- (ك) عند الأشخاص ذو الوزن الزائد تزداد المضاعفات مثل التهاب مكان الجرح و التهاب الرئة والرئة ، مضاعفات القلب والرئة والجلطة.
- (ل) عند المدخنين تزداد المضاعفات مثل التهاب مكان الجرح و التهاب الرئة ، مضاعفات القلب والرئة والجلطة.
- (م) قد تنكسر الآلات الجراحية داخل الركبة و قد تبقى قطع الآلة داخل الركبة.

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

رقم الوثيقة	RB.FR.173	تاريخ النشر الأول	2018/03/15	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	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 الطبيبي 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 وأقبل 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)

4/4	رقم الصفحة	رقم التنقيح	تاريخ التنقيح	2018/03/15	تاريخ النشر الأول	RB.FR.173	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	-------------------	-----------	-------------

المريض

التاريخ:

التوقيع :

الساعة :

الإسم واللقب (بخط اليد):.....

التوقيع :

أب / أم / الممثل القانوني للمريض * :

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 المرض قام بالموافقة على هذا النموذج بكامل إرادته بعد إعطائه المعلومات الخاصة بالمداخلة.

الطبيب

التوقيع :

التاريخ / الساعة :

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

التوقيع :

التاريخ / الساعة :

الإسم واللقب (بخط اليد):.....

يمكنكم مراجعة مديرية خدمات المريض نهراً 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.



إستمارة الموافقة على عملية تقويم الركبة التشخيصية والتدخلية

