

رقم الوثيقة	RB.FR.15	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2015/12/09	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	6/1
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

سبب التجديد :

المريض

الإسم واللقب.....

تاريخ الميلاد.....

تاريخ القبول للمستشفى.....

تاريخ القبول السريري.....

رقم البروتوكول.....

رقم الهاتف.....

العنوان.....

الرجاء قراءة الإستمارة بعناية والإجابة على الأسئلة!

نتيجة الفحص والتدقيقات ، تم إعطاء قرار بأنك بحاجة لإجراء مداخله جراحية بسبب " إنحناء مقصورة الأنف". سيعطيك الطبيب معلومات قبل المداخله عن سير هذه المداخله ، شكل التغييرات والمخاطر ، في النهاية ستتمكن من إعطاء القرار بإرادتك الحرة بخصوص إجراء المداخله. تم تحضير هذا النموذج بهدف شرح المعلومات الأساسية بخصوص المداخله التي سنجرى لكم ومضاعفاتها (المشاكل التي قد تظهر قبل المداخله أو بعدها).

ما تحتاج إلى معرفته عن مرضك:

إنحناء مقصورة الأنف (إنظر الى الشكل) ، يظهر نتيجة إنسحاب بسبب خلل في تطور عظام الوجه أو نتيجة كسر في عظام الأنف خلال الولادة.

إذا كان الانحناء يسبب المشاكل التالية ، فيجب تصحيحه عن طريق الجراحة:

1. صعوبة في التنفس من الأنف.
2. جفاف في الحلق ، حرقه أو الإحساس بمادة غريبة بسبب التنفس عبر الفم دائماً.
3. ألم في الرأس / الوجه.
4. شخير وأحياناً إنقطاع النفس خلال النوم.
5. التهاب الجيوب الأنفية المتكرر.
6. التهاب الحنجرة والقصبات الهوائية.
7. حمى أنبوب استاكي الذي يهوي الأذن الوسطى والتهاب الأذن الوسطى.

قد يكون تصحيح انحناء مقصورة الأنف ضرورياً في بعض عمليات الجيوب الأنفية وبعض أنواع نزيف الانف.

6/2	رقم الصفحة	1	رقم التنقيح	2015/12/09	تاريخ التنقيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR.15	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	----------------

ما الذي يمكن أن يحدث إذا لم تتم المداخلة ؟

إذا لم يتم إجراء المداخلة لن يحدث شيء سوى إستمرار الشكاوى المذكورة أعلاه. الخطوة الأولى في علاج المرضى الذين يعانون من إنقطاع النفس في النوم هو فتح الأنف. لهذا يجب على المرضى الذين يعانون من إنقطاع النفس خلال النوم إجراء هذه العملية. كيفية تطبيق العلاج / المداخلة (يجب ان يحوي على معلومات بخصوص العلاج البديل):
تتم المداخلة تحت التخدير الموضعي أو العام. يمكنكم مقابلة أخصائي التخدير بخصوص مخاطر التخدير.
تم عرض المعلومات المذكورة أدناه بخصوص المشاكل التي قد تتعرض لها بسبب تطبيق التخدير الموضعي.
يتم إجراء العملية داخل الأنف. بعد التخدير ، يتم قطع طبقة التغطية (الغشاء المخاطي) على حجرة الأنف وفصلها عن مقصورة الأنف. يتم تصحيح المقصورة الأنفية بإستخراج الأجزاء الزائدة. إذا كانت لحميات الأنف الموجودة داخل الأنف كبيرة وتُسبب صعوبة في التنفس ، يتم تصغير لحميات الأنف بإستخراج القسم الزائد أو عن طريق الحرق بالكلي. في نهاية العملية يتم وضع مصدات في الأنف ويتم إخراجها بعد 48 - 72 ساعة.

في يومنا هذا لا توجد طريقة أخرى لعلاج إنحناء إنحراف مقصورة الأنف.

الآثار الجانبية المحتملة:

الآثار الجانبية الشائعة:

1. القلق وحال النوم خلال الصحو من التخدير.
2. التنفس من الفم ما دامت السدادة في النفظ
3. بعد إخراج السدادة تورم في غطاء الأنف وتكون قشرة (قد يحدث إنسداد انف مؤقت في هذه الفترة).
4. نقص مؤقت في القدرة على الشم.

الآثار الجانبية النادرة :

1. نزيف متأخر ، يتوقف في الغالب بسدادة جديدة، نادرًا ما تتم الحاجة لعملية جديدة.
2. تجمع الدم تحت غطاء الأنف (حُمى دموية) ، يتم تفريغ الجرح مرة أخرى ويوضع السداد مرة أخرى.
3. خُراج في مقصورة الأنف ، عملية جديدة و إذا لزم الأمر قد تكون حاجة لوضع غضروف الى الداخل.
4. فقدان طفيف للإحساس في القواطع العلوية والقسم الأمامي من الحنك ، على الغالب يمر في وقت قصير.
5. إذا تكوّن ثقب في مقصورة الأنف ، عند الضرورة يتم إغلاقه بعملية جراحية.

رقم الوثيقة	RB.FR.15	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2015/12/09	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	6/3
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

آثار جانبية نادرة جداً:

1. خراب حاسة الشم بشكل دائم.
2. التغييرات في المظهر الخارجي للأنف بسبب انهيار الجزء الخلفي من الأنف الناجم عن فقدان دعم الغضروف ، تطور الخراج ، تكون الندبة (نادراً) ويمكن تصحيح هذه التغييرات بعملية ثانية.
3. إصابات قاعدة الرأس التي تسبب التهاب غشاء المخ.
4. ضعف في البصر قد يصل لدرجة العمى ، قد يكون بسبب الأدوية المستخدمة في تقليل النزيف ، لكنه وضع نادر جداً.
5. نقل الدم ، يكون ضرورياً في حالات نادرة جداً للنزيف المتأخر.
6. قد تظهر آثار جانبية نادرة غير متوقعة بسبب الأدوية المستخدمة في التخدير الموضعي او الأدوية التي يتم حقنها في النف خلال التخدير.

هولاء

1. ردود الفعل التحسسية ، تورم ، حكة واضطرابات الدورة الدموية الشديدة التي قد تصل للصدمات التحسسية.
2. الآثار الجانبية للجهاز العصبي المركزي.
3. الأرق ، التشنجات ، اضطرابات الجهاز التنفسي.
4. إرتفاع أو إنخفاض ضغط الدم ، اضطرابات ضربات القلب ، بطء ضربات القلب.

أسئلة المريض بخصوص شكل المداخلة ، وقتها ، نسبة النجاح وما هو القصد من النجاح ؟

الخصائص التي يجب على المريض مراعاتها قبل المداخلة :

- يجب عليكم عدم الشرب أو الأكل بعد الساعة 24:00 من اليوم الذي يسبق المداخلة ، لكن بإمكانكم أخذ الأدوية التي تستعملونها في الصباح الباكر مع القليل من الماء. لا يمكن إجراء هذه العملية في حالة إلتهاب الجهاز التنفسي العلوي. لهذا السبب عليكم عدم التماس مع المرضى .
- ستتأثر ردود أفعالكم مؤقتاً بسبب التخدير أو المهدئات ومسكنات الألم ، لهذا عليكم الإستراحة في البيت لمدة 24 – 36 ساعة بعد المداخلة. بالإضافة إلى ذلك ، يجب عدم استخدام السيارات خلال هذه الفترة ، ويجب ألا تعمل على آلات خطرة و اتخاذ قرارات مهمة.

رقم الوثيقة	RB.FR.15	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2015/12/09	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	6/4
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

في الحالات المذكورة أدناه الرجاء مراجعة الطبيب أو المستشفى عاجلاً وإعطاء معلومات بخصوص الوضع :

1. النزيف المتأخر (قد يكون على شكل نزيف من الفم أو الأنف أو قدوم الدم مع السعال) الذي يظهر بعد عدة أيام من العملية.
2. لا تمخط بقوة بعد العملية حتى يتم الشفاء التام.

بعد عشرة أيام من الجراحة :

1. تجنب كل ما يرفع الضغط.
2. لا تمارسوا الرياضة والجمباز. سوف يقوم الطبيب بتقديم تقرير لك إذا لزم الأمر.
3. تجنبوا رفع الأثقال والتعب البدني الآخر.
4. لا تأخذ حماماً ساخناً.
5. إحمي انفك من الصدمات والضربات.
6. لا تفعل أي شيء من أجل إستخراج قشور الجرح المتكون داخل أنفك ، سيتم إستخراج هذه القشور تحت مراقبة الطبيب.

ما يود الطبيب معرفته عن المريض :

الرجاء إخبار الطبيب قبل العملية عن الأمراض التي تعانون منها ، الأدوية التي تستعملوها ، الأمراض الوراثية و وضع الحساسية.

1. هل لديكم ميل لنزيف مرتفع (مثلاً في الإصابات الصغيرة و معالجة الإنسان) ؟

نعم لا

2. هل تحدث كدمات على جسمك بدون سبب محدد أو هل لدى أقرباؤكم أعراض مثل هذه ؟

نعم لا

3. هل تستخدم أنت / طفلكم دواء مرقق للدم (مثل الأسبرين) ؟ هل تستخدم أنت / طفلكم دواء آخر ؟

نعم لا

إذا كنت أنت / طفلكم يستخدم ، ما هو إسم العلاج ؟.....

4. هل تعاني من حساسية (مثلاً الربو ، حمى القش) أو فرط في الحساسية (مثلاً فلاستار ، لاتكس ، المواد الغذائية ، أدوية)؟

نعم لا

رقم الوثيقة	RB.FR.15	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2015/12/09	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	6/5
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

5. هل تعاني من أمراض القلب والرئة (مثلاً مرض القلب ، اضطراب ضربات القلب ، الضغط العالي ، الربو) أو هل تحملون بطارية في القلب ؟

لا نعم

6. هل تعاني من مرض مزمن (مثلاً توتر العين ، الصرع) ؟

لا نعم

7. هل تعاني من مرض الغدة الدرقية ؟

لا نعم

8. هل لديك بدلة الأسنان (مثل جسر الأسنان ، سن صناعي وما شابه) أو هل لديكم أسنان متأرجحة ؟

لا نعم

9. هل تم إعطائك اللقاح في الأسابيع الستة الأخيرة؟

لا نعم

10. هل تعاني من مرض التهاب حاد أو مزمن (مثل : التهاب الكبد ، الأيدز والسل) ؟

لا نعم

11. للنساء في سن الإنجاب : هل هناك إحتمال للحمل؟

لا نعم

الملاحظات بخصوص إعطاء المعلومات من طرف الطبيب :

ختم وتوقيع الطبيب :

المكان / التاريخ / الساعة :

الرجاء الكتابة بخط اليد " فهمت ما تم شرحه لي وما قرأته ، أعطي الموافقة "



إستمارة إعطاء معلومات والموافقة على عملية إنحراف الحاجز الأنفي



رقم الوثيقة	RB.FR.15	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2015/12/09	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	6/6
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

ملاحظة : إذا كان المريض في وضع لا يستطيع فيه إعطاء الموافقة ، يتم اخذ المعلومات الشخصية للشخص الذي أعطى الموافقة وتوقيعه.

يجب على الأبوين سوياً التوقيع على الموافقة. إذا كان هناك توقيع أحد الوالدين فقط ، على الولي المعطي الموافقة إثبات أنه هو المسؤول عن رعاية الطفل أو إثبات ان لديه إذن من الولي الآخر.

معلومات الشخص الذي وفر إمكانية التخاطب مع المريض في حال عدم إمكانية التواصل المباشر مع المريض (مثلاً المترجم) :
الإسم واللقب :
العنوان :

نقلت بأفضل شكل المعلومات الموجودة في " إستمارة موافقة المريض " للمريض نفسه ، أبويه أو أقربائه.

توقيع ولي / وصي أو قريب المريض :
التوقيع :
التاريخ والساعة :