

رقم الوثيقة	RB.FR. 155	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	4/1
-------------	------------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 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 :

عملية إستئصال البروستات المفتوح يتم تحت التخدير العام أو النخاعي. يتم إجراء شق أفقي بطول 10 سم تحت البطن ب 5 – 6 سم. يتم إزالة أنسجة البروستات المتضخمة عن طريق فتح المثانة، يتم غغلاق المثانة المفتوحة بالخياط القابلة للإمتصاص ، بعد ذلك يتم وضع انبوب للمثانة عبر البطن ومجرى البول. وكذلك يتم تثبيت كيس التسرب في منطقة العملية.

العلاج البديل

اتركه فارغاً

المضاعفات المحتملة للإجراء :

1. قد يحدث تسرب البول من أماكن خياطة المثانة ، قد يتسرب لسطح الجلد ويستمر لفترة (5-9%).
2. إنحصار البول بسبب إنسداد الأنبوب بسبب النزيف.

رقم الوثيقة	RB.FR. 155	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	4/2
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

3. قد يحدث نزيف في فراغ البطن ، وهذا قد يتطلب استبدال السوائل أو العلاج الجراحي.
4. قد يحدث نزيف في المنطقة التي تمت منها إزالة البروستات، لهذا السبب قد تكون حاجة لإعطاء الدم أو منتجات الدم. قد نحتاج لمداخلة بطريقة مفتوحة او مغلقة.
5. تراكم الإلتهاب في فراغ البطن ، وحدوث الإلتهاب ، قد يتطلب الصرف الجراحي أو العلاج بالمضادات الحيوية (0.5 – 3).
6. بعد الجراحة ، قد تبطئ حركة الأمعاء أو تتوقف تمامًا ، هذا قد يسبب التورم والقيء نتيجة لتراكم السوائل في الأمعاء ، قد يتطلب العلاج (0.1-2).
7. مع مرور الوقت قد يحدث ضعف في مكان الجرح ، قد ينفث مكان الجرح بشكل كامل أو جزئي على المدى القصير ، أما على المدى الطويل قد يحدث فتق (0.5-3).
8. على المدى الطويل ، إذا لم تلتئم منطقة إستئصال البروستات بشكل صحيح ، قد يحدث تضيق في القناة البولية في تلك المنطقة (1-20 %).
9. قد يكون شفاء الجرح غير طبيعي لدى بعض الناس و يصبح الجرح سميك ، يحمر ويصبح مؤلم (1-4 %).
10. يمكن ان تقل ، تستمر ، تزداد شكاوي التبول الموجودة لدى بعض المرضى ، وتطلب العلاج بالأدوية.
11. بعد العملية يُصاب 1-5 % من المرضى بسلس البول أو الزيادة من هذه الشكوى.
12. بعد الجراحة ، 1-2 % من المرضى قد يتطور لديهم شكوى من الصلابة الجنسية.
13. بعد العملية قد يُصاب بعض المرضى بغياب السائل المنوي أو هروب السائل المنوي للمثانة خلال العلاقة الجنسية ، وعند التبول قد يأتي السائل المنوي مع الإدرار (1-4 %).
14. أصحاب الوزن الزائد تزيد مخاطرهم من ناحية إتهابات الجرح والصدر ، مضاعفات القلب والرئة والخثرة (2-3 %).

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. 155	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	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 الطبيي 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 أبعاد، 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 الإدرا 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 الطبيي. 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 فقدي الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أعطي الصلاحية.....

(الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقبلت)

رقم الوثيقة	RB.FR. 155	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	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 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 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.