



إستمارة الموافقة على إستئصال الأورام الليفية من الرحم



رقم الوثيقة	RB.FR96	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/20	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/1
-------------	---------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 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 :

إستئصال الأورام الليفية من الرحم ، بالنظر في موقع وحجم الورم الليفى يتم بالشق المهبلي أو شق البطن او من خلال عملية مغلقة (بالمنظار) عن طريق فتح ثقب في البطن وباستخدام جهاز بصري. بعد إستئصال الورم الليفى من جدار الرحم خلال العملية ، ويتم التحسن بخياطة الرحم.

المدخلة الموصى بها :

بشق البطن :

من المهبل :

بالطريقة المغلقة (المنظار) :

العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR96	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/20	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/2
-------------	---------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

- كما أن هناك مخاطر و أضرار في حال إستمرار الوضع دون معالجة ، هناك مخاطر أيضاً بخصوص الجراحة المخططة لي و معاملات التشخيص الطبي. وأنا على وعي بالمضاعفات التي قد تحدث نتيجة الجراحة ، المعاملة الطبية و/أو التشخيصية مثل الإلتهاب، تكون جلطة دم في الأوعية والرئة ، نزيف ، حساسية ، نوبة قلبية ، إنخفاض مستوى الهواء في الرئة وحتى الوفاة.
- وتم إخباري بالتفصيل أيضاً عن المخاطر الأخرى التي قد تصيبني ولو بشكل نادر . المرضى الأكثر تعرضاً للأخطار هذه هم المرضى الذين خضعوا لعملية إستئصال الورم الليفي ، ، الذين خضعوا لعملية جراحية من قبل (مثل القيصرية) أو الذين يعانون من أمراض (القلب ، الضغط العالي ، مرض الكلى أو الذين خضعوا لعملية نقل الكبد ، اضطراب التخثر ، أمراض الأوعية الدموية) ، مرض بطانة الرحم والمرضى الذين يشكون من إلتصاق داخل البطن والمدخنين.
- الى جانب المخاطر المذكورة أعلاه يمكن سرد المخاطر الخاصة لعملية إستئصال الورم الليفي بالشكل التالي :
- قد يحدث إلتهاب في مكان شق العملية ، داخل البطن ، المسالك البولية ، يرافقه غثيان – تقيء ، ألم و إرتفاع بالحرارة.
- إصابة كيس الإدرار (المثانة).
- إصابة في الأنبوب الممتد من الكلى الى المثانة.
- إصابة في الأمعاء الرفيعة والغليظة ، مما يترتب عليه تغيير فغر الأمعاء الى البطن.
- نزيف لا يمكن توقيفه خلال العملية أو بعدها أو ربط الأوعية الرئيسية (الشرابين الداخلية) التي تُغذي تلك المنطقة بتجمع الدم (ورم دموي).
- إصابة للأوعية الدموية الكبيرة الموجودة داخل البطن وحدوث النزيف.
- ظهور السلس البولي بعد العملية و الغير موجود مسبقاً ، الزيادة في السلس البولي إذا كان موجود مسبقاً.
- الحاجة لإستئصال الرحم نتيجة النزيف الذي بدأ خلال إستئصال الورم الليفي.
- تكرار الورم الليفي بعد مدة من إستئصاله في نفس المكان في الرحم أو في مكان آخر من الرحم
- ألم في البطن بعد العملية الجراحية بسبب الإلتصاقات و انسداد الأمعاء.
- قد يحتاج المريض لعملية جراحية جديدة بسبب المضاعفات المذكورة أعلاه
- قد يحدث تيبس في مكان شق البطن لفترة طويلة بعد العملية و فتق في جدار البطن.



إستمارة الموافقة على إستئصال الأورام الليفية من الرحم



رقم الوثيقة	RB.FR96	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/20	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/3
-------------	---------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

الوصول للمساعدة الطبية في نفس الموضوع عند الضرورة :

بموجب التثريعات 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 أو التواصل مع الطبيبي الذي أجرى العملية أو 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 :

رقم الوثيقة	RB.FR96	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/20	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/4
-------------	---------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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/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 الإدراج والبراز ، تغييرات في الشخصية ، الإعاقاة 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 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):.....

التوقيع :

أب / أم / الممثل القانوني للمريض* :

التاريخ/ الساعة :

الإسم واللقب (بخط اليد):.....



إستمارة الموافقة على إستئصال الأورام الليفية من الرحم



رقم الوثيقة	RB.FR96	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/20	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/5
-------------	---------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

* 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

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 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.