



إستمارة الموافقة على إستئصال الغدة الدرقية.



5/1	رقم الصفحة	1	رقم التجديد	2018/11/01	تاريخ التجديد	2016/12/07	تاريخ النشر الأول	RB.FR 72	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	-------------

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 :

ستخضع لعملية تسمى استئصال الغدة الدرقية بسبب تورم (عقيدات) في الغدة الدرقية ، هذه العملية ستقوم بإزالة الغدة الدرقية الجزئية أو الكلية من جانب واحد أو من جانبيين. الغدة الدرقية هي الغدة التي تنتج هرمونات الغدة الدرقية التي تسمى تيروكسين ، وتقع في الجانب الأمامي ، السفلي من عنقك. هذا الهرمون يصل لجميع الأعضاء عن طريق الدم ويحدد سرعة العديد من الأحداث الكيميائية في الجسم والمسماة الأيض. قد تتطور أورام تسمى عقيدات حميدة (عادة) أو عقيدات خبيثة (نادراً) في الغدة الدرقية ، قد يتأثر جزء أو جميع الغدة الدرقية من هذا الوضع. إزالة نصف هذا العضو ، الذي يقع بشكل متناظر على جانبي العنق ، لا يسبب نقصاً كبيراً في الهرمونات لدى معظم المرضى ويمكن لمعظم المرضى الإستمرار في حياتهم دون أخذ هرمونات من الخارج. لكن عند بعض المرضى يجب إستئصال الغدة الدرقية كلها أو تقريباً كلها بسبب تأثرها من المرض هنا على المرضى أخذ حبات الهرمون من الخارج مدى الحياة.

5/2	رقم الصفحة	1	رقم التجديد	2018/11/01	تاريخ التجديد	/12/07 2016	تاريخ النشر الأول	RB.FR 72	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	----------------	----------------------	----------	-------------

العلاج البديل:

المضاعفات المحتملة للإجراء:

بسبب إصابة الأعصاب خلال إزالة العقد الليمفاوية الرقبة قد تحدث المضاعفات التالية : إنخفاض الكتف ، ضعف في حركات الكتف ، انسحاب حافة الشفة ، عدم التماثل والضعف ، خراب في حركات اللسان ، عدم القدرة على الحركة يميناً ويساراً ، صعوبة في البلع والحديث ، قصور في إحساس وحركة الرقبة ، بحة صوتية أو تغير في الصوت مدى الحياة ، تغير في جودة الصوت ، تكسر الصوت ، الشخير و ضيق التنفس. قد تحدث إصابات في الأوعية الدموية الكبيرة الموجودة في الرقبة خلال إستئصال الغدة الدرقية.

- قد يحدث نزيف خلال العملية أو بعدها ، وبالتالي قد يتطلب الوضع نقل الدم ومنتجاته ، هؤلاء أيضاً لديهم المضاعفات الخاصة بهم.
- قد يستلزم فتح القصبة الهوائية للجلد بواسطة انبوب بشكل مؤقت إذا كان هناك ضيق في التنفس بسبب شلل الأحبال الصوتية ، قد تصبح مشكلة التنفس دائمة بعد إنهاء إجراء فتح القصبة الهوائية . من الممكن إزالة الغدة الجنب درقية التي توازن نسبة الكالسيوم مع الغدة الدرقية خلال العملية. هذه المضاعفة نسبتها 1% ولكن غذا حصلت على المريض إستخدام هرمون الغدة جنب الدرقية والكالسيوم مدى الحياة.
- قد ينخفض مستوى الكالسيوم لفترة مؤقتة بعد العملية ، هذا الوضع يستلزم أخذ الكالسيوم عن طريق الفم أو الوريد لعدة أسابيع ، هذا الإنخفاض المؤقت في الكالسيوم قد يسبب تشنج ، نممة وتحدرد باليدين. يجب إستخدام هرمون الغدة الدرقية مدى الحياة إذا أستئصلت الغدة الدرقية بشكل كامل.
- أثناء العملية قد تكون الأورام الخبيثة موجودة ، لا يستطيع الطب تثبيت إنتقالها الصغير للأعضاء الأخرى بالطرق الموجودة في يومنا هذا ، مع الزمن تكبر هذه الأورام وتُسبب في الوفاة. قطع الأورام صغيرة بحيث لا يمكن تثبيتها بالعين أو اليد خلال العملية ، هذه القطع قد تكبر بعد فترة طويلة من العملية و تُسبب في تكرار المرض و وفاة المريض.
- قد تنشأ مشاكل بسبب المواد التكنولوجية المستخدمة خلال العملية مثل الكي و المنشق التوافقي ، هذا يُسبب في مضاعفات مثل الحرق والنزيف.
- قد يقطع الطبيب العملية دون إنهائها إذا رأى ان الإستمرار فيها يُسبب ضرر أكثر للمريض من المرض نفسه وأن العملية ستكون صعبة ، وقد يرسل المريض لمستشفى آخر.
- قد تحدث إنتهايات سطحية أو عميقة في مكان العملية. قد تتطور هذه الإنتهايات في الرئة ، الجهاز التنفسي ، المسالك البولية أو في مكان الجرح ، هذ الوضع قد يتطلب احياناً عملية جديدة أو مداخلة جراحية صغيرة. هناك إحتمال لإنتشار الإنتهاب والتسبب في الوفاة رغم المداخلة والمضاد الحيوي.
- قد يتطور خسارة في الجلد وموت الجلد في مكان العملية ، هذا قد يتطلب علاج تطهير الجرح ، عمليات إضافية ونقل الجلد.

5/3	رقم الصفحة	1	رقم التجديد	2018/11/01	تاريخ التجديد	2016/12/07	تاريخ النشر الأول	RB.FR 72	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	-------------

- قد يتطور سائل مصلي أودم مكان العملية بعد العملية ، يمكن تفريغ هذه السوائل بالحقن او بفتح مكان التراكم.
- إذا لزم المر يمكن للطبيب طلب المساعدة من الأطباء الموجودين في الأقسام الأخرى ، هؤلاء يمكن لهم المداخلة إذا رأوا أمراض أخرى ، الطبيب هو الذي سيعطي القرار خلال العملية.

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 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 :

5/4	رقم الصفحة	1	رقم التجديد	2018/11/01	تاريخ التجديد	2016/12/07	تاريخ النشر الأول	RB.FR 72	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	-------------

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 الغدة الدرقية.



5/5	رقم الصفحة	1	رقم التجديد	2018/11/01	تاريخ التجديد	2016/12/07	تاريخ النشر الأول	RB.FR 72	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	-------------

* 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 نهاراً 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.