



إستمارة الموافقة على عملية إستئصال كتلة من الثدي



رقم الوثيقة	RB.FR.207	تاريخ النشر الأول	2018/11/08	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	رقم الصفحة	4/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	-------------	------------	-----

سبب التجديد :

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 :

العقد الليمفاوية الموجودة تحت الإبط ، هي العقدة الليمفاوية الأولى التي تمر منها الجهاز الليمفاوي بعد الثدي . خلال هذه العملية بسبب السرطان الموجود في الثدي قد نحتاج الى إزالة الثدي بالكامل أو مع الغدد الليمفاوية . في حال لم يتم الإجراء سيتقدم السرطان الموجود في الثديكم وطرق العلاج الأخرى لن تكون فعالة بمفردها (العلاج الكيميائي ، العلاج الإشعاعي والعلاج بالهرمونات) .

رقم الوثيقة	RB.FR.207	تاريخ النشر الأول	2018/11/08	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	رقم الصفحة	4/2
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	-------------	------------	-----

العلاج البديل :

المضاعفات المحتملة لهذا الإجراء:

- 1. أثر العملية :** غالبًا الشق الجراحي للثديين والإبطيين يتم بشكل يتابع طبقات الجلد. عادة ما يترك خط رفيع أو يتعافى بشكل تام ، لكن لدى البعض يترك أثر جرح أسمك من الجرح الطبيعي ، هذا يحدث نادراً ، الرجاء إخبار الفريق الجراحي إذا كان لديكم أثر جرح آخر كهذا الجرح.
- 2. نخر الدهون :** في بعض الأحيان ، الأنسجة الدهنية ونسيج الثدي يمكن أن يسبب الألم والكتلة في الثدي بسبب قطع الأوعية الدموية لهذه الأنسجة. سيتم التراجع في فترة قد تمتد لإثنى عشر شهر.
- 3. تشريح إبطي :** قد يحدث إحساس بالتخدير و الإزعاج تحت الإبط والذراع العلوي وتصلب في الكتف عند الحاجة لإستخراج كل الغدد الليمفاوية الموجودة تحت الإبط . الإحساس بالتخدير سيقل مع الزمن. تمارين الذراع بعد العملية ستقوم بتسريع عملية الشفاء.
- 4. تورم مصلي :** هو تراكم السائل في الذراع و تحت رفرج الجلد. في وضع كهذا يتم تفريغ السائل بالمحقن.
- 5. وذمة لمفية :** تورم النسجة تحت الجلد نتيجة عدم إستنزاف السائل الليمفاوي. يحدث هذا عن طريق إزالة الغدد الليمفاوية (عن طريق الجراحة) أو عن طريق الحصر الثانوي للنسيج الندبي (عن طريق العلاج الإشعاعي). يمكن أن تتطور في أي فترة بعد الجراحة.
- 6. المشاكل الأخرى :** بعد كل عملية يمكن ان تحدث مشاكل مثل الإلتهاب ، النزيف وما شابه.

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.207	تاريخ النشر الأول	2018/11/08	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 الطبيي الذي أجرى العملية او الطبيب المختص عن طريق الإتصال على الرقم 0 222 335 0 335. في حالة الطوارئ يمكنكم أخذ الدعم الصحي الإتصال 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 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 ، الحجاب ، الأسنان ، العيون ، السمع ، البلع ، الرؤية ، التحكم في الإدراة 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 ، أعطي الصلاحية.....

(الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقبلت)

4/4	رقم الصفحة	رقم التنقيح	تاريخ التنقيح	2018/11/08	تاريخ النشر الأول	RB.FR.207	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 المريض 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.