

5/1	رقم الصفحة	3	رقم التنقيح	2018/11/01	تاريخ التنقيح	2015/12/08	تاريخ النشر الأول	RB.FR 66	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	-------------

سبب التنقيح : 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 ستُجرى ، إنما الغرض من هذه الوثيقة هو لتحديد رضاكم أو عدمه ، إعلامكم وأخذ موافقتكم

**إعطاء معلومات :**

التشخيص الأولي :  
العلاج المخطط / الوقت المقدر :

**معلومات بحق الإجراء :**

في هذه العملية ، يتم إعادة الأعضاء الموجودة داخل البطن المنتفخة من أسفل ثقب الفخذ أو من حولة الى داخل البطن و يتم إصلاح منطقة جدار البطن الذي كونه الفتق.

**العلاج البديل :**

5/2	رقم الصفحة	3	رقم التنقيح	2018/11/01	تاريخ التنقيح	2015/12/08	تاريخ النشر الأول	RB.FR 66	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	----------	-------------

### المضاعفات المحتملة للإجراء:

1. كما هو الحال في كل عملية قد تحدث مضاعفات للتخدير العام. سيتم إعطاء مخدر للمريض خلال العملية و سيتم توفير التنفس عن طريق وضع أنبوب في القصبة الهوائية. إزالة الأنبوب بعد الإجراء قد يتأخر أو يكون غير ممكن في هذه الحالة يتم معالجة المريض في العناية المركزة. هناك احتمال وفاة بنسبة أقل من 1/1000 نتيجة للمضاعفات التي يسببها التخدير. إذا تم إجراء العملية عن طريق التخدير النخاعي أو فوق الجافية ، أي من الخصر ، فقد تكون هناك مشاكل مثل الصداع والنزيف والإلتهاب بمعدلات منخفضة للغاية. سيتم أخذ معلومات مفصلة عن المضاعفات المتعلقة بالتخدير من فريق التخدير والمسؤولية تعود لفريق التخدير في هذه المواضيع.
2. على الرغم من أخذ جميع الإحتياجات اللازمة قد يحدث إنسداد في الأوعية الدموية للرئة نتيجة تخثر الدم في الأوعية الدموية خلال العملية أو بعد العملية. هذا وضع خطير جداً وخطر الوفاة موجود.
3. قد يحدث نزيف الى الداخل أو الخارج بعد العملية ، قد تتولد الحاجة لإعطاء الدم أو منتجاته للمريض ، هذا أيضاً له مضاعفات خاصة به وخطر الوفاة.
4. قد تحدث بعد العملية إلتهابات داخل البطن ، الرئة و الجهاز التنفسي ، المسالك البولية وفي الجرح ، هذا قد يتطلب في بعض الأحيان عملية من جديد أو مداخلة جراحية صغيرة.
5. قد تتضرر الأوعية الدموية للخصيات و قناة الحيوانات المنوية، في أسوأ الحالات تختفي الخصيات تماماً أو يلزم إستئصالها. قد تحدث إصابات في الأعضاء الموجودة داخل البطن ( مثل الأمعاء والمثانة) ن وهذا قد يتطلب مداخلات أخرى.
6. قد يلزم ربط الأمعاء بالكيس بسبب المضاعفات التي قد تحدث أثناء العملية.
7. الأمعاء قد تعمل متأخراً بعد العملية وبذلك تتأخر التغذية من الفم لدى المريض.
8. يمكن إستخدام الرقعة الإصطناعية في تصليح الفتق ، هذه الرقعة قد تسبب برد فعل للجسم الغريب و الإلتهاب. كما أن هناك مخاطر إجراء العملية مجدداً ، إخراج الرقعة وتكرار الفتق ، هناك أيضاً مخاطر على المدى الطويل مثل إصابة الأمعاء ، إنتقابها .

### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

### معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

5/3	رقم الصفحة	3	رقم التنقيح	2018/11/01	تاريخ التنقيح	2015/12/08	تاريخ النشر الأول	RB.FR 66	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	----------	-------------

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

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

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 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/مزمّن ، فقدان الصوت بشكل مؤقت أو دائم نتيجة شلل الحبل الصوتي ، فقدان وظيفة في الأعضاء مثل الوجه ، الحاجب ، الأسنان ، العيون ، السمع ، البلع ، الرؤية ، التحكم في الإدرار 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 .



## إستمارة الموافقة على عملية الفتق الإربي



رقم الوثيقة	RB.FR 66	تاريخ النشر الأول	2015/12/08	تاريخ التنقيح	2018/11/01	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	5/4
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 فقدانني الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أُعطي الصلاحية.....

( الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقبلت ) .....

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 : .....



## إستمارة الموافقة على عملية الفتق الإربي



رقم الوثيقة	RB.FR 66	تاريخ النشر الأول	2015/12/08	تاريخ التنقيح	2018/11/01	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	5/5
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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.