

5/1	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/15	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 167	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	----------------------	------------	-------------

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 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 :

وضع مفصل معدني يتم تركيبه على عظم الفخذ (فامور) و عظم الساق (القصبي) بعد إخراج مفصل المريض. بين هذه المفاصل المعدنية يتم وضع جهاز مصنوع من مادة البولي أثيلين. إذا لزم الأمر أيضاً يتم وضع مادة مصنوعي من البولي أثيلين في عظم غطاء الكبة. معظم الأحيان يتم إستخدام إسمنت العظام لتثبيت الطرف الإصطناعي في عظام الساق ، الفخذ و العظم المتحرك في رأس الركبة.

العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR. 167	تاريخ النشر الأول	2018/03/15	تاريخ التجديد	رقم التجديد	رقم الصفحة	5/2
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	-------------	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

- (أ) قد يحدث تخدير وفقدان قوة نتيجة الضغط على العضلات والأعصاب في منطقة التطبيق نتيجة لشد العصبية (يشبه القطعة التي يتم لفها على الذراع ونفخها عند قياس الضغط) الملفوفة على الورك من أجل عدم حدوث نزيف خلال الجراحة ، هذا الوضع قد يكون مؤقت أو دائم.
- (ب) قد يتطور خسارة في الجلد ، موت الجلد في المنطقة التي يتم فيها تطبيق العصبية. ما هو مذكور قد يتطلب لتضميد ، عمليات إضافية ونقل الجلد.
- (ج) قد يحدث تخثر الدم في السيقان ، يتم استخدام الأدوية و الضمادات الإنضغاطية التي تمنع هذا الوضع. قد تنفصل هذه الخثرات من مكانها وتقوم بتخريب وظائف الأعضاء الحياتية، هذا الوضع قد يُسبب في الوفاة.
- (د) قد يتطور إلتهاب في مكان الجرح ، يتم تصحيح نتائج الإلتهاب بإستخراج الطرف الإصطناعي من المرضى الذين تطور عندهم الإلتهاب. هذا الوضع قد يتطلب إستخدام المضادات الحيوية ، عملية جديدة و الى عملية بمرحلة او مرحلتين مع طرف إصطناعي جديد. المدة بين العمليتين يجب أن تكون على الأقل شهرين ، خلال هذه المدة يجب إستعمال المضادات الحيوية. فيما بعد قد يتطلب إيثار مفصل الركبة. قد يكون الحل الوحيد في المرضى الذين يُعانون من الإلتهاب الشديد (نادر) هو بتر الساق.
- (هـ) قد ينخلع مفصل الركبة ، هذا الوضع يتطلب جراحة جديدة.
- (ز) قد تنكسر العظام الموجودة حول المفصل خلال العملية ، لتصحيح هذا الوضع قد نحتاج الى إستخدام الجص أو الى عملية ثانية.
- (ح) المفصل الإصطناعي قد يرتخي أو يقدم مع الزمن ، هذا الوضع يتطلب إخراج المفصل الإصطناعي وتبديله بأخر جديد.
- (ط) الشق الجراحي قد يُسبب في الضعف ، هذا قد يكون دائم أو مؤقت.
- (ي) قد يحدث خسارة في الأعصاب الموجودة حول الركبة ، هذا قد يكون دائم أو مؤقت وقد يتطلب الوضع عملية جديدة.
- (ك) قد يحدث خسارة في الأوعية الدموية الموجودة خلف الركبة ، ويتطلب هذا الوضع عملية للأوردة الدموية وفي بعض الأحيان بتر الساق.
- (ل) خسارة الأعصاب قد يُسبب ألم بحرقه وصعوبة في رفع الساق. لتخفيف الألم يتم إعطاء علاج مخدر للأعصاب.
- (م) قد يحدث تصلب في الركبة بعد العملية وهذا يُسبب صعوبة في المشي والجلوس و ألم عند الحركة.
- (ن) قد يحدث تلاعب و إحتمال كبير تتولد حاجة لجراحة جديدة.
- (ص) في بعض المرضى ، قد يكون التئام الجرح غير طبيعي و يثخن الجرح ، يحمر ويصبح مؤلم.
- (ع) في الأعوام القادمة قد يصل إلتهاب تطور في الأعضاء الأخرى للجسم الى المفصل عن طريق الدم ، هذا الوضع يتطلب إخراج الطرف الإصطناعي ، لمنع هذا الشيء يجب إستخدام المضادات الحيوية قبل الإجراءات الأخرى و إجراءات المفصل.
- (ف) قد يحدث كسر في عظم غطاء الركبة . قد يحدث خلع في عظم الركبة وهذا يُسبب الألم بعد العملية.
- (ض) حدوث الوفاة بسبب إستبدال الركبة نادر جداً.
- (ق) على الرغم من الجراحة ، قد تستمر الشكاوى التي كانت موجودة في الركبة قبل العملية.
- (ر) تصلب المفاصل (الحد من الحركة) ، هذا الموضوع قد يكون مؤقت او دائم.
- (س) قد يتطور جواب الألم بشكل غير طبيعي للمداخلة الجراحية و هذا يُسبب زيادة الألم بشكل أكبر.

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

5/3	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/15	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 167	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 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 :

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/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 الإدراج 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 .

5/4	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/15	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 167	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	-------------------	------------	-------------

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 وقبالت)

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.

5/5	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/15	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 167	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	-------------------	------------	-------------

الطبيب

التاريخ / الساعة :
التوقيع :
الإسم واللقب :

إذا كان المريض يعاني من مشكلة في اللغة / التواصل:

قامت 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.