



إستمارة الموافقة على إستئصال الرحم  
وإستخراج المبيض والأنبوب من الطرفين



|             |           |                   |            |               |            |             |   |            |     |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|
| رقم الوثيقة | RB.FR.200 | تاريخ النشر الأول | 2010/02/01 | تاريخ التنقيح | 2018/09/19 | رقم التنقيح | 2 | رقم الصفحة | 6/1 |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|

سبب التجديد : تم تغيير رقم 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 ، فواندها ، 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 لإرغابكم 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 :**

يتم إجراء استئصال الرحم لأسباب مختلفة ( الأورام الليفية ، أمراض الطبقة الداخلية من الرحم ، مرض بطانة الرحم ، ترهل الرحم). يمكن إجراء استئصال الرحم يمكن أن يُجرى عن طريق الخزنة (مهبلي) أو شق البطن أو بطريقة مغلقة (بالمنظار) باستخدام أجهزة بصرية. خلال هذه العملية بعد مسك وربط الروابط والأوعية التي تحمل الرحم في تجويف الحوض ، يتم إستئصال الرحم و/أو المبايض من الشق.

|             |           |                   |            |               |            |             |   |            |     |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|
| رقم الوثيقة | RB.FR.200 | تاريخ النشر الأول | 2010/02/01 | تاريخ التنقيح | 2018/09/19 | رقم التنقيح | 2 | رقم الصفحة | 6/2 |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|

المدخلية الجراحية الموصى بها :

|   |  |
|---|--|
| إستئصال الرحم بشق البطن (البطن).        |  |
| إستئصال الرحم من من الخزنة ( مهبل).     |  |
| إستئصال الرحم بطريقة مغلقة ( بالمنظار). |  |
| إستئصال المبيضين.                       |  |
| إستئصال الرحم والمبيضين.                |  |
| إستئصال الطرف الأيمن.                   |  |
| إستئصال الطرف الأيسر.                   |  |

### العلاج البديل :

### المضاعفات المحتملة للإجراء :

أثقل وأقبل المضاعفات والمخاطر المحتملة والغير محددة بما هو مذكور ادناه :

الآثار الضارة للتخدير : التخدير الموضعي والتخدير المحلي يحمل مخاطر. هناك احتمال حدوث مضاعفات أو إصابات في جميع أنواع التخدير والتهدئة.

- 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 الرحم ، إستئصال المبايض ، 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. أيضاً المداخلات الجراحية لها مخاطر بنسبة عالية لدى مرضى السرطان الذين وضعهم العام سيء وكبار السن .

|     |            |   |             |            |               |            |                      |           |                |
|-----|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|----------------------|-----------|----------------|
| 6/3 | رقم الصفحة | 2 | رقم التنقيح | 2018/09/19 | تاريخ التنقيح | 2010/02/01 | تاريخ النشر<br>الأول | RB.FR.200 | رقم<br>الوثيقة |
|-----|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|----------------------|-----------|----------------|

- الى جانب المخاطر المذكورة أعلاه يمكن سرد المخاطر الخاصة لعملية إستئصال الرحم والمبيضين 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 النبوب 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).
- العجز الجنسي.
- ترهل بعد العملية أعلى المهبل.
- ظهور السلس البولي بعد العملية و الغير موجود مسبقاً ، الزيادة في السلس البولي إذا كان موجود مسبقاً.
- ألم في البطن بعد العملية الجراحية بسبب الإلتصاقات وانسداد 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.

#### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

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

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

|             |           |                   |            |               |            |             |   |            |     |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|
| رقم الوثيقة | RB.FR.200 | تاريخ النشر الأول | 2010/02/01 | تاريخ التنقيح | 2018/09/19 | رقم التنقيح | 2 | رقم الصفحة | 6/4 |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|

### 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 والرتئين ، 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 وأقبل 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 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 .

|             |           |                   |            |               |            |             |   |            |     |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|
| رقم الوثيقة | RB.FR.200 | تاريخ النشر الأول | 2010/02/01 | تاريخ التنقيح | 2018/09/19 | رقم التنقيح | 2 | رقم الصفحة | 6/5 |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|

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

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

المريض

الساعة :

التوقيع :

التاريخ : .....

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 المرض قام بالموافقة على هذا النموذج بكامل إرادته بعد غعطائه المعلومات الخاصة بالمداخلة.

الطبيب

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

الإسم واللقب : .....



إستمارة الموافقة على إستئصال الرحم  
وإستخراج المبيض والأنبوب من الطرفين



|             |           |                   |            |               |            |             |   |            |     |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|
| رقم الوثيقة | RB.FR.200 | تاريخ النشر الأول | 2010/02/01 | تاريخ التنقيح | 2018/09/19 | رقم التنقيح | 2 | رقم الصفحة | 6/6 |
|-------------|-----------|-------------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-----|

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

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.

\*الممثل القانوني : الوصي للذين تحت الوصاية ، الأم – الأب من أجل القاصرين ، في حال عدم وجود هؤلاء الورثاء من الدرجة الأولى. التوقيع على نموذج الموافقة هذمة لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.