



إستمارة الموافقة من أجل التخثير الضوئي بالليزر  
في شبكية العين



رقم الوثيقة	RB.FR.26	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2016/02/24	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	3/1
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

سبب التنقيح : تغيير رقم الوثيقة

المريض

الإسم واللقب.....  
تاريخ الميلاد.....  
تاريخ القبول للمستشفى.....  
تاريخ القبول السريري.....  
رقم البروتوكول.....  
رقم الهاتف.....  
العنوان.....

معلومات حول التشخيص :

قام بمراجعة عيادة العيون من أجل علاج المرض المصاب به عينه . تم تشخيص ..... في عينه اليمنى و ..... في عينه اليسرى ، وهناك حاجة للعلاج.

معلومات عن طريقة العلاج :

يُوصى بإجراء التخثير الضوئي بالليزر للعين اليمنى ..... والعين اليسار ..... من أجل علاج مرضكم الموجود. هدف إجراء التخثير الضوئي بالليزر هو إنتاج حروق علاجية بأقل مقدار من الضرر في الأنسجة المحيطة بمنطقة شبكية العين المحددة مسبقاً. يتم استخدام التخثير الضوئي بالليزر في علاج إعتلال الشبكية الناتج في الأوعية الدموية ، الغشاء البقعي فوق الشبكي ، تمزقات شبكية العين ، الإنحطاط المحيطي الذي يُمكن أن يُسبب تمزق في شبكية العين وبعض الأورام داخل العين. قبل تطبيق الإجراء يتم تقطير قطرة لتوسيع بؤبؤ العين. سيتم إجراء تطبيق الليزر على الأوجه المناسبة بعد تطبيق مادة المخدر الموضعي و تركيب العدسة على سطح العين. يتم تطبيق الليزر فقط على المنطقة الموجود فيها خسارة موضعي أو وذمة. إذا كان الضرر لا يقتصر على موقع واحد فقط ، يمكن تطبيق الليزر على شبكية العين بأكملها لعدة جلسات ، باستثناء منطقة البقعة. إذا لزم الأمر ، قد يكون مطلوباً تطبيق الليزر في جلسة إضافية. يُنصح باستخدام القطرة لمدة 3 – 4 أيام من أجل منع الإلتهاب بعد التطبيق.

فرصة نجاح العلاج ومدته :

فرصة نجاح التخثير الضوئي بالليزر عالية وفترة التطبيق قصيرة.



إستمارة الموافقة من أجل التخثير الضوئي بالليزر  
في شبكية العين



رقم الوثيقة	RB.FR.26	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2016/02/24	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	3/2
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

- 1- تطور المرض الأصلي المصاب به العين قد يكون سبب في إنخفاض في الرؤية ، ألم في العين ونزيف في العين.
- 2- فقد البصر بشكل تام.

**موافقة المريض :**

قرأت المعلومات المذكورة أعلاه وتم إعطائي المعلومات من طرف الطبيب الموقع أدناه . وأصبحت لدي معلومات عن هدف المداخلة ، مخاطرها ، مضاعفاتها ومداخلات العلاج الإضافية.

أوافق بكامل إرادتي على أن يقوم الطبيب ..... بالتخثير الضوئي بالليزر المخطط تطبيقها على عيني اليمنى..... واليسرى .....

أمضي على الإستمارة بدون ضغط من احد وبكامل إرادتي من غير الحاجة لإيضاحات إضافية.

**النتيجة :**

التطبيق الطبي ليس قطعي وليس علم أفهم أنه ليس هناك نتيجة أو ضمان في موضوع العلاج في وثيقة الموافقة والمقابلة التي جرت مع الطبيب تم إعطائي معلومات تفصيلية عن وضعي ، الإجراء الذي سيتم تطبيقه ، مخاطره و خيارات العلاج.

أنا على وعي أن المسؤولية في هذا الموضوع تعود لي ، وأنه ليس هناك أي جبر ، تهديد ، تلكين ، ضغط مادي او معنوي ، وأن النتائج المتعلقة بالمداخلة الجراحية لن أستخدمها ضد بعضنا البعض او ضد المستشفى و أنني اتحمل النتيجة وأبين أنني موافق على الإجراء.....

إسم المريض :

التاريخ / الساعة :

توقيع المريض :

بيان الشخص الذي أعطى الوكالة :

3/3	رقم الصفحة	1	رقم التنقيح	2016/02/24	تاريخ التنقيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR.26	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	----------	----------------

( إذا كان وضع المريض غير مناسب لإعطاء الموافقة )

- قرأت وفهمت الإيضاحات اللازمة بخصوص المداخلة التي سيتم إجراؤها ، نتائجها ومخاطرها .
- لكون مريضي غير قادر على إعطاء الموافقة اوافق على إجراء العملية بالوكالة .

إسم الشخص الذي أعطى الوكالة :

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

بيان الطبيب :

- أبين أنني قمت بتفهم المريض عن المداخلة ونتائجها ، وعن مخاطرها .
- أعطيت فرصة للمريض لطرح الأسئلة والإجابة على هذه الأسئلة .

إسم الطبيب :

التاريخ / الساعة :

توقيع الطبيب :

بيان الشاهد ( من المرجح أن يكون قريب المريض )

أوافق على انني شاهد على الإيضاحات في هذه الإستمارة والحديث الذي دار بين الطبيب والمريض .

إسم الشاهد ك

التاريخ / الساعة :

توقيع الشاهد :