



إستمارة الموافقة على عملية فتق السرة



رقم الوثيقة	RB.FR. 70	تاريخ النشر الأول	2012/09/13	تاريخ التنقيح	2018/11/01	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	4/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

سبب التجديد : 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 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 :

إعادة أعضاء البطن المنفتق من تحت ثقب السرة أو حولها الى داخل البطن بطريقة جراحية و إصلاح منطقة جدار البطن التي يتكون فيها الفتق.

العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR. 70	تاريخ النشر الأول	2012/09/13	تاريخ التنقيح	2018/11/01	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	4/2
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

1. تفاعلات حساسية ، صدمة الحساسية والوفاة بسبب أدوية التخدير.
2. إذا حدث نزيف قد تكون حاجة لنقل الدم وبالتالي رد فعل لهذا.
3. خلال العملية أو العملية التي تليها قد تحدث إصابة معوية في كيس الفتق ، وبالتالي يمكن إجراء مفاغرة إصلاح أو استئصال ابتدائي.
4. تسرب النقم - ناسور (تسرب الى داخل البطن).
5. إنفتاح الجرح.
6. قد تحدث إصابات في الأعضاء المختلفة داخل الكيس أثناء العملية و إجراء المداخلة المناسبة لهذا.
7. حدوث مضاعفات غير مرغوب بها (جانبية - ضارة) في العمليات الكبيرة (مثل هذه والعمليات المشابهة).
8. إذا تم إستخدام الترقيع ، قد تحدث ردد فعل ، تسرب ممل في مكان الجرح ، هنا تتولد حاجة لجراحة جديدة من أجل إستخراج الترقيع . إلتهاب ، تورم مصلي ، نخر الدهون في مكان الجرح، إمتداد فترة البقاء في المستشفى.

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

رقم الوثيقة	RB.FR. 70	تاريخ النشر الأول	2012/09/13	تاريخ التنقيح	2018/11/01	رقم التنقيح	3	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 أو التواصل مع الطبيبي الذي أجرى العملية أو 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 أو 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 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/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 .

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 ، أُعطي الصلاحية.....

(الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقبلت)

4/4	رقم الصفحة	3	رقم التنقيح	2018/11/01	تاريخ التنقيح	2012/09/13	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 70	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 المرض 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:

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 نهاراً و المشرف الليلي ليلاً من أجل جميع شكاويكم بخصوص التطبيقات الطبية او ماتريد أن تطرق له من مواضيع.