

رقم الوثيقة	RB.FR.174	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/07/25	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	6/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 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 :

سيقوم الطبيب بتقييم المريء ، المعدة والإثنى عشر ( الجزء الأول من الأمعاء الرفيعة) ، لهذا سيقوم الطبيب باستخدام جهاز رفيع ومرن يُسمى المنظار الداخلي ، بهذا الشكل يمكن عرض المحتويات على شاشة الفيديو ، هذا الإجراء سيساعد الطبيب على تشخيص مشكلتك ومعالجتها بشكل صحيح. إذا لم يتم هذا التصوير سيكون وضع التشخيص الطبي الصحيح ناقص وهذا قد يكون سبب للعلاج الخاطئ مما يُسبب تأخر الشفاء. يبدأ التصوير برش التخدير الموضعي بواسطة بخاخ ، يمكن أيضاً أن يعطيك طبيبك مهدئاً من الوريد لمساعدتك على الاسترخاء. بعد ذلك سوف تستلقي على جانبك الأيسر وسيقوم الطبيب بتقديم المنظار إلى المريء والمعدة وبداية الأمعاء الدقيقة. جهاز المنظار الداخلي قابل للإنحناء ، طري ، بلاستيكي ( ليس معدن يחדش مكان مروره أو يُسبب النزيف) ، عرضه بسم أصبع الخنصر ، على شكل كابل ، لهذا السبب ينزل الى المعدة بسهولة وراحة. مدة التصوير تقريباً 5 دقائق ، هذا المدة قد تطول وقد تقصر. يمكنك التنفس بسهولة أثناء العملية لأن هذا الإجراء لا يرتبط بأنبوب التنفس والتنفس ( لا داعي لأن تفكر أنك ستختنق أو لن تستطيع التنفس). يجب أن تنام جباً على كتفك الأيسر من أجل تقدم جهاز التنظير الداخلي الى المعدة بسهولة.

رقم الوثيقة	RB.FR.17 4	تاريخ النشر الأول	/02/01 2010	تاريخ التنقيح	2018/07/25	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	6/2
-------------	---------------	----------------------	----------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

كذلك يُطلب منكم عض قطعة بلاستيكية مثقوبة من الوسط لكي تمسكوها بعضكم عليها بأسنانكم في وسط فمكم ، يبدأ الفحص بإدخال جهاز التنظير الداخلي من وسط هذه القطعة وبدفعها الى الأسفل. يجب أن يكون الذقن بشكل مائل من أجل سيل اللعاب والإفرازات التي تتراكم في الفم خلال العملية الى الوعاء الموضوع أسفل الذقن. تعرض أداة التنظير الأماكن التي تمر فيها ، بذلك يتم تقييم المريء والمعدة والإثنى عشر ، يمكن إتقاط الصور. تؤخذ الخزعات من المواقع الضرورية أثناء الفحص ، هذه الخزعات يتم إرسالها لإختبار هيليكوباكتر بيلوري او الى أخصائي الأمراض من أجل الفحص الباثولوجي. اخذ الخزعة يتم عن طريق دفع سلك يمر من قناة موجودة داخل جهاز التنظير الداخلي ، هذا لن يسبب لك أي مشكلة ولن يضر المريض ، ولن تحسوا بأي شيء ، الخزعة المأخوذة عينة صغيرة جداً. أخذ خزعة من الأفة التي تمت رؤيتها بالتنظير الداخلي ومن ثم إرسالها للأخصائي ليفحصها. نحن نقوم بإرسال العينة الى المختبر و أنتم تستلمون النتيجة.

### العلاج البديل :

### المضاعفات المحتملة للإجراء :

- تمزق في جدار المريء ، المعدة أو الإثنى عشر جدار (إنتقاب) ، هذا قد يحدث نادراً ولكن يحتاج لجراحة ، لهذا السبب يطول بقاؤك في المستشفى.
- نزيف في المكان الذي أخذت منه الخزعة أو الذي أُستخرج منه البوليب ، هذا قد يحدث نادراً ويتم إيقافه بالتنظير ، ونادراً أيضاً يتم إيقاف النزيف بالجراحة.
- التهاب الرئة ليس شائعاً عادة ما يحدث نتيجة التقيؤ للرئة.
- قد تطول فترة المعاملة بسبب المشاكل الموجودة في بدنك او بسبب المشاكل التقنية.
- هناك أيضاً احتمال نادر جدا للخسارات التابعة للمرض أو تخطي المرض.
- تطور حساسية ضد المسكنات و مخاطر تتعلق بالرئة أو القلب.
- قد تحدث الوفاة ولكن هذا نادر جداً.

### كيف أستعد للإجراء :

يجب عليكم شرب او أكل أي شيء قبل التصوير بثماني ساعات على الأقل ، يجب ان تكون معدتك فارغة تماماً ليتم التصوير بأفضل شكل.

### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

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

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

رقم الوثيقة	RB.FR.174	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/07/25	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	6/3
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

### هل أواظب على أخذ الأدوية التي أخذها دائماً؟

يمكنكم الإستمرار في أخذ الأدوية لكن بعض الأدوية قد تُسبب مشاكل متعلقة ببعض الأدوية.

عليكم تنبيه طبيبك بخصوص هذه الأدوية :

- الأسبيرين
- أدوية الروماتيزما
- مخففات الدم ( كومادين ، بلافيكس وما شابه)
- الأنسولين
- أدوية السكري
- أدوية الحديد
- الأدوية النباتية
- أدوية الحساسية
- وجود جهاز منظم ضربات القلب
- الأطراف الاصطناعية للمفاصل
- عملية صمام القلب

إذا كنت مريض تستخدم المضاد الحيوي لعلاج الأسنان ، يجب ان لا تأخذوا الدواء قبل التصوير و تنبيه المريض عن هذا.

### تعريف التسكين :

يوفر إمكانية جعل جميع المعاملات مريحة ومضمونة لكم و/أو لطفلكم والتي هدفها التشخيص والعلاج دون الإحساس بالألم ، دون الحركة أو عند لزوم نومكم.

### معلومات عن التسكين :

التسكين مشابه للنوم ، يبدأ بإعطاء دواء بتأثير سريع لعلاج مسكن ( حقنة ، تحميلة ، حبة ، شراب ، بخاخ وما شابه) و بعد تركيب مصل. هذا الوضع يبقى مستمراً بالأدوية خلال المداخلة. هنا يذهب الوعي و إحساس الألم في جميع أنحاء الجسم. في التدخلات البسيطة وقصيرة الأجل يتم إعطاء العلاج من الوريد. يتم استخدام المواد المساعدة الأخرى في التدخلات الثقيلة وطويلة الأمد. يُعطى الأوكسجين بواسطة قناع التنفس الذي يتم وضعه على الفم والأنف. خلال المداخلة يجب مراقبة وظائف العضء الهمة للجس مثل : النبض ، الضغط ، التنفس ، تصوير القلب الكهربائي ، نبضات القلب و أكسجة الدم. يتم قطع الأدوية مع نهاية المداخلة و تستيقظ كأنك تستيقظ من سبات عميق. تتم مراقبتك حتى تستيقظ بشكل كامل وحتى تعود وظائف الأعضاء لوضعها الطبيعي.

### ماذا يمكن ان يحدث إذا لم يتم التسكين؟

الشعور بالألم خلال التصوير اللازم للتشخيص و/او العلاج ، وعند شعور المريض بالألم لن يبقى ثابتاً وبالتالي ستكون مداخلات التشخيص و/او العلاج غير كافية.

### الآثار الجانبية :

الغثيان ، التقيء ، توقف التنفس ، عدد النبض و إنخفاض الضغط أو زيادته. نادراً ألم في الرقبة ، حساسية ، تلف العصب ، متطلبات التنبيب، الإنسداد ، ارتفاع الحرارة الخبيث ، الوفاة.

رقم الوثيقة	RB.FR.174	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/07/25	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	6/4
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

### الحالات التي يجب إيضاحها للطبيب قبل التسكين:

إذا قام بهذه المداخلة من قبل أو لا ، الأدوية التي يستخدمها المريض ، الأمراض التي يعاني منها ، اضطراب النزيف أو الحساسية.

### الحالات التي يجب على المريض مراعاتها بعد التسكين :

تتم مراقبتك حتى تستيقظ بشكل كامل وحتى تعود وظائف الأعضاء لوضعها الطبيعي.

### ماذا يحدث بعد التنظير الداخلي؟

إذا تم تخدير حلقك فقط قبل الإجراء ، فستكون تحت الملاحظة لفترة من الزمن (10 دقائق) بعد العملية ، قد تحدث حرقة خفيفة في الحلق بعد الإجراء. إذا تم تطبيق الحقن المهدئ من الوريد خلال العملية ، فسيتم الإشراف عليك لمدة 2-4 ساعات حتى ينتهي تأثير الدواء ، خلال هذه الفترة لا تستطيع الأكل والشرب دون أخذ إذن من الممرضة. أيضاً خلال هذه الفترة لا يجب القيام بأعمال تحتاج الدقة مثل قيادة السيارة ، إذا تم تطبيق التسكين يجب ان يكون شخص الى جانبك ليقلك للمنزل.

قد تشعر بحرقة خفيفة في الحلق و إنتفاخ في البطن ، هذا افحساس نابع من الهواء الذي تم إعطاؤه خلال المداخلة. يمكنك الأكل والشرب بشكل عادي ما لم يتم قول عكس هذا ، يمكنك اخذ تقريركم من وحدة التنظير الداخلي.

### ما يجب على مراعاته من أجل سلامتك؟

إذا تم التنظير الداخلي بالتنويم بالأدوية ، فعليك من أجل سلامتك :

يجب عليك العودة إلى منزلك تحت إشراف شخص مسؤول عنك.

احصل على مساعدة من شخص بالغ مسؤول يمكنه تقديم الرعاية النهارية / الليلية لك إذا حدثت أي مشاكل.

لا تستعملوا سيارة أو آلة خلال 24 ساعة بعد العملية.

لا توقعوا على أي وثائق ولا تعطوا قرارات مهمة خلال 24 ساعة بعد المداخلة.

لا تشربوا الكحول خلال 24 ساعة بعد المداخلة.

### ما يجب على ملاحظته بعد هذا الإجراء؟

عليك إخبار طبيبك دون تأخير إذا حصلت لديك إحدى أو أكثر من ما هو مذكور أدناه:

- إذا شعرت بصداع عام وقشعريرة وألم في العضلات.

- إذا إرتفعت درجة الحرارة لديك.

-إذا لديك مشكلة في البلع.

- إذا كنت تعاني من الدوران ، أو ضيق في التنفس أو الشعور بالإغماء.

- إذا شعرت بألم حد في الحنجرة والصدر والمعدة ، أو إذا بدأت في التقيء.

رقم الوثيقة	RB.FR.174	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/07/25	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	6/5
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

### 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 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 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/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 .

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 ، أعطي الصلاحية.....

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

رقم الوثيقة	RB.FR.174	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/07/25	رقم التنقيح	3	رقم الصفحة	6/6
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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

الطبيب

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

الإسم واللقب : .....

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 نهائياً 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.



إستمارة الموافقة على تنظيف الجهاز الهضمي العلوي

