



إستمارة الموافقة على تكسير حجار المثانة



رقم الوثيقة	RB.FR.153	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التجديد	2018/02/06	رقم التجديد	1	رقم الصفحة	4/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

سبب التجديد : تغيير محتوى الوثيقة.

المريض

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

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 بخصوص المعاملات :

يتم استخدام التخدير العام أو الموضعي. الحجر الموجود في المثانة ، يتم تكسيره باستخدام مصدر قوة مثل الهواء المضغوط أو الليزر بالدخول بمساعدة تلسكوب عن طريق مجرى البول المفتوح للخارج ويتم رمي القطع للخارج. بعد إنتهاء العملية يتم تركيب كيس التسرب في منطقة العملية.

العلاج البديل

رقم الوثيقة	RB.FR.153	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التجديد	2018/02/06	رقم التجديد	1	رقم الصفحة	4/2
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

1. قد يحدث نادراً خسارة في مجرى البول (1%) و تسرب الإدراج لخارج المثانة. يمكن أن يؤدي المسار الزائف إلى الهروب البولي أو تطویر التضيق على المدى الطويل.
2. مع الخسارة الحاصل في المثانة قد تنتقب المثانة (1%) ، قد تتطلب عملية جراحية مفتوحة.
3. قد يحدث إحتباس البول عن طريق منع تدفق البول ، وبذلك الحاجة للعلاج.
4. تسمم الدم بسبب الإلتهاب النابع من المثانة والبروستات و الذي يختلط بالدم (أقل من 2%) ، هذا الوضع يحتاج للمداواة بالمضادات الحيوية.
5. قد يحدث نزيف (10-25 %) ويتغير لون الإدراج ، في بعض الأحيان يمكن منع تدفق البول.
6. بعد عدة أيام من هذا الإجراء قد يحدث حرقة في البول.
7. قد يبقى قطع من الأحجار في المثانة وربما لا تسقط تلقائياً.
8. عند الأشخاص ذو الوزن الزائد تزداد المخاطر مثل إتهاب مكان الجرح والرئة ، مضاعفات القلب والرئة والجلطة.
9. عند المدخنين تزداد المخاطر مثل إتهاب مكان الجرح والرئة ، مضاعفات القلب والرئة والجلطة.

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

الوصول للمساعدة الطبية في نفس الموضوع عند الضرورة :

بموجب التثريعات 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).

رقم الوثيقة	RB.FR.153	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التجديد	2018/02/06	رقم التجديد	1	رقم الصفحة	4/3
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 والرتتين ، نزيف في مكان العملية أو في منطقة أبعاد، 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 ، الحجاب ، 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 فقدي الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أُعطي الصلاحية.....

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

المريض

الساعة :

التوقيع :

التاريخ :

الإسم واللقب (بخط اليد):

رقم الوثيقة	RB.FR.153	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التجديد	2018/02/06	رقم التجديد	1	رقم الصفحة	4/4
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 نهاراً 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 الفاصرين ، في حال عدم وجود هؤلاء الورثاء من الدرجة الأولى. التوقيع على نموذج الموافقة هذا لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.