

إستمارة الموافقة وإعطاء معلومات للمريض عن علاج الليزر الوعائي

رقم الوثيقة	RB.FR.14	تاريخ النشر الأول	2015/12/08	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	0	رقم الصفحة	3/1
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	-------------	---	------------	-----

سبب التنقيح :

المريض

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

هذه الإستمارة ، تهدف الى إعطاء معلومات عن علاج الليزر الوعائي و المخاطر والمضاعفات (نتائج غير مرغوب بها) المحتملة. الرجاء قراءة الإستمارة بعناية. إذا كانت لديكم أسئلة أو نقاط لم تفهموها الرجاء طلب المساعدة من طبيبك.

هناك عدة أجهزة ليزر يمكن إستخدامها في الأمراض المختلفة التي تعود جذورها للأوعية الدموية. على رأس هذه الأمراض : البقع الوعائية الخلقية ، التوسع الشعري في الساق والوجه ، أورام وعائية و الإحمرار. عندما يصل شعاع الليزر إلى النسيج المستهدف ، فإنه يهدف إلى تدمير النسيج نتيجة للتدفئة الموضعية قدر الإمكان دون الإضرار بالنسيج المحيط. يمكن تصغير او القضاء على الأنسجة المهدفة دون حدوث أي تغييرات في الأنسجة المحيطة. لتقليل الألم خلال اجراء يتم إستعمال كريمات التخدير الموضعية ، أجهزة تنفخ الهواء البارد و وسادات الثلج.

أ – الخصائص التي يجب مراعاتها بعد التطبيق :

على الرغم من أن الوذمة التي تحدث في منطقة التطبيق مؤقتة ، إلا أنها من الآثار الجانبية الشائعة. ادراً ، يمكن حصول إحمرار بعض التطبيق. من المناسب الوقاية من اشعة الشمس لعدة أسابيع بعد التطبيق. قد تظهر أيضا آثار جانبية أخرى ولكن بشكل أقل مثل تكون القشرة ، تجمع المياه و الجروح. يمكن تغطية البقع المؤقتة والقشور التي قد تدوم عدة أسابيع على الوجه والجسم بعد الليزر بواسطة مكياج خفيف. نادراً قد تحدث جروح مفتوحة وهذا الوضع يستدعي إستخدام الكريمات التي تحوي المضادات الحيوية.

رقم الوثيقة	RB.FR.14	تاريخ النشر الأول	2015/12/08	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	0	رقم الصفحة	3/2
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	-------------	---	------------	-----

ب - الآثار الجانبية :

1. حساسية وإحمرار : إحمرار وحرقة تشبه قرصة الحشرات.
2. وذمة : هذا التأثير الجانبي الذي يظهر خاصة في منطقة الوجه يختفي في غضون أيام. تطبيق الثلج في البيت يؤدي الى انخفاض التورم بشكل أسرع.
3. ألم : خلال التطبيق يمكن إستخدام كريمات التخدير الموضعية ، الأجهزة التي تنفخ الهواء البارد أو الكمادات الباردة لتقليل الحس بالألم. قد يحدث ألم يستمر لساعات بعض الأحيان بعد التطبيق.
4. فقدان الجلد لونه : هناك خطر ضئيل للغاية من فقدان دائم للون ، ولكن يمكن ملاحظتها في المرضى ذوي البشرة الداكنة.
5. فرط التصبغ (تعطيم الجلد في منطقة التطبيق): على الرغم من أن هذا الوضع نادر جداً ، إلا أنه قد يتطلب تطبيق بعض الكريمات التي تخفي البقع والطرق المتشققة.
5. الندبة : نادراً ما يحدث.
6. نتيجة غير كافية : في الحالات التي تكون فيها جلسة علاج واحدة غير كافية ، قد يلزم إضافة جلسات متعددة أو طرق مختلفة إلى العلاج.

سيتم تقييم الآثار الجانبية التي ستحدث من قبل أطباء مركزنا وستتم إجراءات التحسين (وصفة طبية ، مداخله طبية ، مداخله طارئة من قبل طبيبنا وموظفينا الصحيين).

بالتوقيع أدناه أُبين أنني قرأت المعلومات المذكورة وإستمارة الموافقة ، تم إعطائي المعلومات شفهاً وكتابياً بلغة أفهمها بخصوص الإجراء الذي سيتم تطبيقه من طرف الأطباء ، تمت الإجابة على جميع أسئلتني و أنني حصلت على جميع المعلومات اللازمة ، التطبيق لا يعطي الضمان لإنهاء جميع شكاوي وأنني أوافق بكامل إرادتي على إجراء علاج الليزر الوعائي.

ما يود الطبيب معرفته عن المريض :
الأدوية التي يستخدمها :

وقت النزيف :

الأمراض الأخرى :



إستمارة الموافقة وإعطاء معلومات للمريض عن
علاج الليزر الوعائي



رقم الوثيقة	RB.FR.14	تاريخ النشر الأول	08/12/2015	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	0	رقم الصفحة	3/3
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	-------------	---	------------	-----

الملاحظات بخصوص إعطاء المعلومات من طرف الطبيب :

ختم وتوقيع الطبيب :

المكان / التاريخ / الساعة :

الرجاء الكتابة بخط اليد " فهمت ما تم شرحه لي وما قرأته ، أعطي الموافقة "

ملاحظة : إذا كان المريض في وضع لا يستطيع فيه إعطاء الموافقة ، يتم اخذ المعلومات الشخصية للشخص الذي أعطى الموافقة وتوقيعه.

يجب على الأبوين سوياً التوقيع على الموافقة. إذا كان هناك توقيع أحد الوالدين فقط ، على الوالي المعطي الموافقة إثبات أنه هو المسؤول عن رعاية الطفل أو إثبات ان لديه إذن من الوالي الآخر.

معلومات الشخص الذي وفر إمكانية التخاطب مع المريض في حال عدم إمكانية التواصل المباشر مع المريض (مثلاً المترجم) :

الإسم واللقب :

العنوان :

نقلت بأفضل شكل المعلومات الموجودة في " إستمارة موافقة المريض " للمريض نفسه ، أبويه أو أقربائه.

توقيع ولي / وصي أو قريب المريض :

التوقيع :

التاريخ والساعة :