

5/1	رقم الصفحة	2	رقم التجديد	2018/02/02	تاريخ التجديد	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 133	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	------------	-------------

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 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 بحق الإجراء :

شرح لي طبيبي وفريقه ان علي إجراء عملية تصحيح صمام الأورطي / التاجي / الثلاثي / الرئوي (خططوا على الإختيار الغير مناسب لكم) أو تبديلها بسبب مرضي الذي هو مرض صمام القلب ، وهذا يعني إصلاح أو استبدال صمام القلب التالف. الجراح له الحق بإعطاء القرار بخصوص التفاصيل والإختيارات التي ستجرى خلال العملية من طرف الجراح. يفتح الجراح الصدر ويستخدم آلة لتحل محل القلب والرئة (آلة القلب والرئة). يتم تعطيل القلب والرئتين عند تنشيط هذا الجهاز. يتم تبريد الجسم لحماية الأنسجة والأعضاء الهامة. ثم يتم إيقاف القلب ويتم تقييم الصمام التالف ، يتم إصلاحه إذا أمكن ذلك. يتم إستبدال الصمام التالف بصمام إصطناعي. يتم إغلاق القلب إزالة الهواء و غعادة تشغيل القلب.

رقم الوثيقة	RB.FR. 133	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التجديد	2018/02/02	رقم التجديد	2	رقم الصفحة	5/2
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

عندما تكون الدورة مرضية ، يتم فصل المريض عن مضخة القلب الرئوي. قد يتم ترك واحد أو أكثر من أنابيب الصدر مؤقتاً في التجويف الصدري لإعادة توسيع الرئتين واستنزاف أي سوائل متراكمة. في وقت مبكر بعد الجراحة يمكن توصيل سلك بطارية واحد / اثنين إلى القلب كإجراء وقائي للتحكم في إيقاع القلب في هذه الفترة. يتم إغلاق عظم الصدر والجلد.

العلاج البديل :

المضاعفات المحتملة للإجراء :

ليس هدف هذه الإيضاحات هو تخويفكم أو جعلكم تفلقون ، إنما الهدف هو إعطاؤكم معلومات تجعلكم أكثر وعياً بالعملية ومخاطرها ، هذه المخاطر شائعة ، قد تكون هناك مخاطر أقل شيوعاً لم يتم ذكرها هنا. الرجاء سؤال الجراح إذا كانت لديكم أسئلة عامة أو خاصة. هذه المخاطر قد تكون متعلقة بأي نوع ما من التخدير ، قد تواجهنا آثار جانبية متعلقة بأحد من الأدوية المستعملة ، منها دوران الرأس ، الأرق ، الغثيان والإمساك.

إذا تغير صمام القلب ، فسوف تحتاج إلى تناول الأدوية التي تمنع تخثر الدم (ilaçları) (Warfarin-Coumadin) على الصمام مدى الحياة. هذه الأدوية لها آثارها الجانبية الخاصة بها مثل الميل للنزيف ، لكن إذا تم أخذه قليلاً قد تحدث آثار جانبية مثل تخثر الدم على الصمام ، لهذا السبب ، سيتم تعديل استخدام هذا الدواء عن طريق فحص الدم شهرياً بعد الجراحة. إذا كنتم تفكرون في الحمل سيكون من الصائب أخذ قرار العملية مع عائلتكم ، لأن استخدام هذه الأدوية قد يُسبب بعض المشاكل أثناء الحل والولادة.

عملية تصليح / تغيير صمام القلب يحمل المخاطر والقيود المذكورة أدناه :

- قد يحدث نزيف في منطقة العملية وإذا لم يتوقف قد يتطلب الوضع عملية متكررة.
- الحاجة لنقل الدم.
- قد تحدث إنهيارات في المناطق الصغيرة المائلة للإلتهاب في الرئة ، بالتالي يتطلب الوضع العلاج الفيزيائي والمضادات الحيوية ، بالتالي يتأخر إنفصالكم عن جهاز التنفس وتمتد فترة بقاؤكم في المستشفى.
- قد تحدث تغييرات خلال العملية تُسبب في خسارة دائم أو مؤقتة لوظائف المخ وقد يدخل المريض الحياة النباتية بعد العملية.
- قد يحدث نزيف في المعدة كأثر جانبي للتوتر من العملية والأدوية المستخدمة.
- قد يتطور فشل كلوي وبالتالي تتولد حاجة لغسيل الكلى الدائم أو المؤقت.
- قد نحتاج إلى التفريغ بالحقن أو الصرف الأنبوبي في حال تراكم السوائل في الرئة ونادراً حولها.
- يمكن رؤية الخفقان ، خاصة الإيقاع السريع المعروف بالرجفان الأذيني ، هذا الوضع قد يتطلب التنبيه الكهربائي أو السيطرة بالأدوية.
- قد يحدث تخثر (جلطة عميقة) مصاحب للورم وألم في السيقان ، وإذا انفصلت قطعة قد تصل الرئة وتُسبب في ضيق التنفس، وهذا نادراً يُسبب الوفاة.

رقم الوثيقة	RB.FR. 133	تاريخ النشر الأول	/02/01 2010	تاريخ التجديد	2018/02/02	رقم التجديد	2	رقم الصفحة	5/3
-------------	---------------	----------------------	----------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

- قد يحدث تشوش في الوعي لعدة أيام بعد العملية
 - قد تلتهب الجروح ، تحمر ، تؤلم وتنتورم وتتطلب الحاجة للمضادات الحيوية . قد ينفتح الجرح بسبب الإلتهاب ويتطلب الوضع مداخلة جراحية مرة أخرى.
 - قد لا يتم الإلتحام بسبب إلتهاب عظم الصدر و الحركات الغير مناسبة ، يتطلب الوضع مداخلة جراحية من أجل جمعها من جديد.
 - عند تغيير صمام القلب ، فسوف تحتاج إلى تناول الأدوية التي تمنع تخثر الدم على الصمام مدى الحياة.
 - نادراً ، مع الوقت قد نحتاج لتغيير صمام القلب الجديد بعملية ثانية.
 - إحتمال صغير جداً الوفاة.
- هذه المضاعفات نسبتها أعلى عند المدخنين ، ذو الوزن الزائد ، السكري ، قيم ضغط الدم المرتفع أو إذا كنتم تعانون من أمراض قلب وأوعية.

بعد إعطاء القرار بإجراء هذه العملية تحدث المضاعفات والمخاطر المتعلقة بميزاتكم الشخصية.

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 :

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 الطبيبي الذي أجرى العملية او الطبيب المختص عن طريق الإتصال على الرقم 0 222 335 0 335. في حالة الطوارئ يمكنكم أخذ الدعم الصحي الاتصال من أقرب مؤسسة صحية أو عن طريق الإتصال بمركز الطوارئ (112).

5/4	رقم الصفحة	2	رقم التجديد	2018/02/02	تاريخ التجديد	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 133	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	---------------	-------------

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 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/مزم من ، فقدان الصوت بشكل مؤقت أو دائم نتيجة شلل الحبل الصوتي ، فقدان وظيفة في الأعضاء مثل الوجه ، الحجاب ، 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 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):

التوقيع :

أب / أم / الممثل القانوني للمريض* :

5/5	رقم الصفحة	2	رقم التجديد	2018/02/02	تاريخ التجديد	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 133	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	---------------	-------------

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:

قمت 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 اجل 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 هذه لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.