



## إستمارة الموافقة على عملية استئصال البروستاتا عبر الاحليل



رقم الوثيقة	RB.FR.20	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/02	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/1
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 سُنجرى ، 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 إستخدام التخدير العام أو النخاعي. يتم تمرير أنبوب معدني بسُمك قلم من داخل القضيب الى مجرى البول. طول هذا الأنبوب تقريبا 30 سم له أبواب تتحكم في التدفق ، يمتلك مصدر ضوئي ، وبمساعدة النظام البصري يمكن رؤية الأنسجة ، يعطي إمكانية مرور آلة لحرق الأوعية الدموية. يتم تقطيع قطعة البروستات الإنسدادي التي تُسبب في إنسداد المجرى البولي. بآلة كهربائية. يتدفق السائل باستمرار عبر الأنبوب من أجل تنظيف الأنسجة التي تم قطعها والدم خلال العملية. يتم وضع القسطرة البولية في المثانة عند نهاية العملية وتبقى لعدة أيام.

### العلاج البديل

رقم الوثيقة	RB.FR.20	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/02	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/2
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

### المضاعفات المحتملة لهذا الإجراء:

1. قد يحدث نزيف يتطلب نقل الدم (2.5%).
2. قد يلحق خسار في المستقيم أو جدار المثانة ولتعمير هذا الخسار قد نحتاج لتداوي جراحي. هذا ممكن أن يسبب في الشق أو البقاء فترة طويلة في المستشفى. إذا كانت إصابة الأمعاء تتطلب جراحة ، يمكن فتح فغر القولون المؤقت أو الدائم.
3. قد يحدث نزيف لمدة 3 أسابيع في مكان أخذ البروستات. وهذا قد يُسبب نزيف في الإدرار و منع تدفق الإدرار ولذا قد نحتاج لمداخلة إضافية مفتوحة أو مغلقة.
4. قد يحدث ضعف في عضلة المثانة التي توفر تدفق الإدرار. قد يستمر المريض من الشكوى في صعوبة الإدرار بعد 2 – 3 عمليات من ناحية إستعادة عضلة المثانة (6.5%).
5. قد يحدث ألم ووذمة في الخصيتين بسبب الالتهاب، العلاج هو الإستراحة والمضادات الحيوية (0.18%).
6. قد يحدث إلتهاب في منطقة العملية أو في المسالك البولية. العلاج هو المضادات الحيوية (2.3%).
7. قد تحدث ندبة تُسبب في التضيق بين مجرى البول و المثانة، هذا يمكن تصليحة بعملية أخرى (10%).
8. في حين يجب أن يكون قذف المنى من مجرى البول قد يهرب للمثانة و يُطرح مع الإدرار أو لا يأتي قذف المنى أبداً ، هذا قد يُسبب العقم وقد يؤثر على النشاطات الجنسية (50 – 95%).
9. نادراً قد يحدث سلس البول بعد الجراحة و قد تكون هناك حاجة إلى دواء إضافي أو علاج جراحي للسيطرة على هذه الحالة (1%).
10. بسبب إصابة العصب بعد الجراحة ، قد تحدث درجة نادرة من الإجهاد والحد في الانتصاب وقد تتولد حاجة لإستخدام الأدوية (4 – 40%).
11. هناك إحتمال للوفاة 200/1 بعد عملية إستئصال البروستات عبر الإحليل.
12. عند الأشخاص ذو الوزن الزائد إحتتمالات المخاطر مثل إلتهاب في مكان الجح والرئة ، مضاعفات القلب والرئة و الخثرة نسبتها أعلى من الغير.
13. عند المدخنين إحتتمالات المخاطر مثل إلتهاب في مكان الجح والرئة ، مضاعفات القلب والرئة و الخثرة نسبتها أعلى من الغير.

- الآثار الجانبية الشائعة : قدوم الدم والجلطة من الإدرار ، إنسداد القسطرة البولية ، قدوم المنى.
- الآثار الجانبية النادرة : عدم القدرة على التبول ، سلس البول.
- الآثار الجانبية النادرة جداً : ثقب المثانة ، قتل أو عدم حصول الإلتصاب الجنسي.

## إستمارة الموافقة على عملية استئصال البروستاتا عبر الاحليل

رقم الوثيقة	RB.FR.20	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/02	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/3
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

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

إذا كان هناك علاج خاص مخطط إستعماله المميزات والعلوم 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 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 والرننتين ، 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.

رقم الوثيقة	RB.FR.20	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/02	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/4
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 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 ) .....

المرضى :

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

قمت بترجمة الإيضاحات التي تمت من طرف الطبيب. في رأيي أن المريض فهم المعلومات التي ترجمتها.



## إستمارة الموافقة على عملية استئصال البروستاتا عبر الاحليل



رقم الوثيقة	RB.FR.20	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/02	رقم التنقيح	2	رقم الصفحة	5/5
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

### الطبيب

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

الإسم واللقب : .....

إذا كان المريض يعاني من مشكلة في اللغة / التواصل:

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