



إستمارة الموافقة على متلازمة النفق الرسغي



رقم الوثيقة	RB.FR.191	تاريخ النشر الأول	2018/03/22	تاريخ التنقيح	رقم التنقيح	رقم الصفحة	4/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	-------------	------------	-----

سبب التنقيح:

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 :

متلازمة النفق الرسغي ، هو إنضغاط العصب المسمى العصب المتوسط الموجود على مستوى رسغ اليد ، يتسبب بالألم في الأصبع الأول ، الثاني والثالث و فقدان الحس والقوة في هذه الأصابع. بعد إعطاء التخدير العام أو الموضعي يتم شق 7-10 سم داخل الوجه الداخلي للرسغ في العملية التي تُجرى بشكل مفتوح ورخي الإنضغاط بتنظيف الأنسجة الموجودة حول العصب. في الجراحة التنظيرية ، يتم رخي العصب بالطريقة المغلقة بشقين بطول 1 – 2 سم.

العلاج البديل :

رقم الصفحة	رقم التنقيح	تاريخ التنقيح	2018/03/22	تاريخ النشر الأول	RB.FR.191	رقم الوثيقة
4/2						

المضاعفات المحتملة للإجراء :

- إحساس بالتخدير والوخز في الأصابع. هذه الحالة يمكن أن تكون دائمة.
- يمكن قطع العصب الذي سيتم رخييه وقد تكون هناك حاجة لعملية من أجل الإصلاح.
- يمكن قطع الألياف الذاهبة الى الأصابع وقد تكون هناك حاجة لعملية من أجل الإصلاح.
- قد يتكرر هذا الوضع بعد العملية وقد تكون هناك حاجة لتكرار العملية.
- قد يحدث ألمفي الرسغ عند ضم اليد.
- قد تحدث حساسية في مكان الجرح وممكن أن يكون هذا الوضع دائم.
- قد يحدث ضعف في عضلات أصبع الإبهام وممكن أن يكون هذا الوضع دائم.
- قد يتطور إلتهاب في ساحة جرح العملية ، وهذا قد يتطلب العلاج بالمضاد الجيوي و/أو تنظيف الجرح بالعملية.
- فقدان الإحساس الموضعي وتغير اللون بسبب الجرح الجراحي.
- عند بعض المرضى قد يلتئم الجرح بشكل غير طبيعي ، وقد يكون النسيج (الندبة) سميك و لونه أحمر مزرق.
- إحتمال مضاعفات مثل إلتهاب الجرح ، ألتهاب الصدر (الرئة) ، القلب والرئة و إحتمال الجلطة نسبتها أكثر المرضى بالنسبة للمرضى ذو الوزن الزائد.
- إحتمال مضاعفات مثل إلتهاب الجرح ، ألتهاب الصدر (الرئة) ، القلب والرئة و إحتمال الجلطة نسبتها أكثر المرضى بالنسبة للمرضى المدخنين.

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 :

رقم الوثيقة	RB.FR.191	تاريخ النشر الأول	2018/03/22	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/3
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

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 الاتصال 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 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 وأقبل 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 والأعضاء 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 فقداني 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.191	تاريخ النشر الأول	2018/03/22	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/4
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

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