

5/1	رقم الصفحة	1	رقم التفتيح	2018/02/06	تاريخ التفتيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 146	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	----------------------	------------	-------------

سبب التفتيح :

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 :**

يتم إستخدام التخدير العام ، عملية إستخراج الحصى الموجود في الكلية بجراحة مفتوحة. يتم إجراء العملية بشق يصل طوله الى 10 – 15 سم موازي للضلع أسفل الضلع الأمامية للجسم ب 2 – 3 سم. يتم تركيب قسطرة بولية في بداية العملية وكيس إستنزاف في نهاية العملية.

**العلاج البديل :**

رقم الوثيقة	RB.FR. 146	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/2
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

**المضاعفات المحتملة للإجراء :**

1. قد تحدث آلام في العضلات بعد العملية بسبب وضع الجسم أثناء العملية (35%).
2. قد يحدث نزيف في الأوعية الدموية الكبيرة للكلى ، هذا الوضع قد يتطلب مداخله جراحية إضافية ونقل دم (57%).
3. إذا كانت الأمعاء ملتصقة بالكلى خلال الجراحة ، قد يكون من الضروري إزالة الجزء الملتصق من الأمعاء. هذا الوضع يُسبب في أن يكون جرح العملية أطول ، الحاجة الى الفغر اللفانفي أو فغر القولون وتطيل فترة الإقامة في المستشفى.
4. قد يحدث نزيف خفي داخل البطن ( 0.2 – 1 %) ، هذا الوضع قد يتطلب العلاج السانلي أو مداخله جراحية إضافية. إذا لم يتوقف النزيف أو لم يتم التحكم به قد تولد حاجة لمداخله جراحية إضافية.
5. قد تطور مضاعفات إتهاب مثل تراكم الصديد داخل البطن ( 0.3% - 0.8) ، بهذا الوضع العلاج بالمضادات الحيوية و التفريغ بجراحة إضافية.
6. - قد تكون هناك حاجة للقسطرة البولية بسبب عدم القدرة على إفراغ المثانة البولية 1% بعد العملية خاصة لدى المرضى الذكور ، هذا الوضع في العادة مؤقت ويستمر حتى تعود وظائف المثانة البولية لطبيعتها.
- 7- قد تحدث إصابات في الأمعاء تُسبب بهروب محتوى الأمعاء ( 0.1 – 0.3) ، هذا الوضع قد يتطلب مداخله جراحية إضافية. هذا الوضع يُسبب في أن يكون جرح العملية أطول ، الحاجة الى الفغر اللفانفي أو فغر القولون وتطيل فترة الإقامة في المستشفى.
- 8- قد تبطء أو تتوقف حركات الأمعاء بعد العملية. قد تتولد حاجة لعلاج إضافي لهذا الوضع الذي يُسبب إنتفاخ في الأمعاء وتقيء ، وتتولد الحاجة للسوائل والمضاد الحيوي وحتى المداخله الجراحية الإضافية.
- 9- قد يكون التئام الجرح غير طبيعي لدى بعض المرضى ، في هذه الحالة قد يصبح الجرح أكثر سمكا ، محمر ومؤلم. وقد يتكون منظر يشبه الفتق بسبب ضعف العضلات بسبب شق العصب خلال العملية (1.3%).
10. قد تنفك الخيوط في الشق السطحي في مكان الجرح ولهذا السبب قد يظهر فتق على المدى الطويل او القصير.
- 11- قد يحدث إنتفاخ في مكان الجرح بشكل جزئي أو كامل لدى المرضى ذو الوزن الزائد.
- 11- قد تحدث إلتصاقات ( 0.3 – 0.5 %) بين الأمعاء بعد العملية ، هذه المضاعفات قد تحدث على المدى الطويل او القصير ، وقد يتطلب هذا علاج جراحي.
- 12- قد يحدث فشل كلوي ، وتتولد حاجة لغسيل الكلية.

**معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :**

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

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

رقم الوثيقة	RB.FR. 146	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/3
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

**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 الطبيب الذي أجرى العملية او 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 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/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 .

5/4	رقم الصفحة	1	رقم التنقيح	2018/02/06	تاريخ التنقيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR. 146	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	---------------	-------------

قرأت المعلومات المذكورة أعلاه و تم إعطائي المعلومات من طرف الطبيب. أصبح لدي علم عن هدف المداخلة الطبية أو الجراحية ، مخاطر ها ومضاعفاتها. أوافق على المعاملة دون الحاجة للمزيد من الإيضاحات الأخرى ، دون أي ضغط وأنا بكامل إرادتي. عند فقدانني الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أُعطي الصلاحية.....

( الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت و قبلت ) .....

المريض

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 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) : .....



## إستمارة الموافقة على عملية إستخراج حصة الكلية المفتوحة



رقم الوثيقة	RB.FR. 146	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/06	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	5/5
-------------	---------------	----------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	---------------	-----

يمكنكم مراجعة مديرية خدمات المريض نهائياً و المشرف الليلي ليلاً من أجل 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.