

6/1	رقم الصفحة	4	رقم التنقيح	2018/02/01	تاريخ التنقيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR.08	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	----------	-------------

سبب التنقيح : 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 ستجري ، إنما الغرض من هذه الوثيقة هو لتحديد رضاكم أو عدمه ، إعلامكم وأخذ موافقتكم

إعطاء معلومات :

التشخيص الأولي
العلاج المخطط / الوقت المقدر

معلومات بحق الإجراء :

طبيبي وفريقه أثبتوا انه لدي ضيق و إنسداد كبير في شرايين القلب و أفصحوا لي أنه علي إجراء عملية تطعيم مجازة الشريان التاجي (CABG) . وهذا يعني إجراء قسطرة باستخدام الأوعية الدموية الإحتياطية (الوريد و/او الشريان) من منطقة أخرى للأوعية الدموية الضيقة أو المنسدة في القلب.
في هذه العملية يتم فتح القفص الصدري بشق عظم الصدر تحت التخدير العام. إذا رأى الطبيب أنه من المناسب إجراء العملية بشق أصغر أو من بين الضلوع عليه اخذ موافقة المريض. يتم تحضير الأوعية الدموية (شريان الصدر ، وريد الساق (الوريد الصافن) ، وريد الذراع او وريد آخر) التي ستستخدم في التطعيم التي سيستخدمها الجراح. يمكن للجراح فتح الصدر واستخدام آلة لاستبدال القلب والرئة (جهاز القلب - الرئة) ، يتم تعطيل القلب والرئتين عند تنشيط هذا الجهاز. يتم التبريد من أجل حماية النسجة والأعضاء الهامة للجسم. يتم إيقاف القلب عند خياطة الأوردة الدموية الإحتياطية. إذا كان الوضع مناسباً يمكن للجراح سلامي دوغان خياطة الأوردة الدموية الإحتياطية لقلبكم دون استخدام مضخة القسطرة ودون إيقاف القلب. يمكن وضع أنبوب صدر أو أكثر في التجويف الصدري من أجل إعادة توسيع الرئتين و تفريغ السوائل المتراكمة. يمكن تركيب بطارية أو بطاريتين في القلب للتحكم في ضربات القلب في المرحلة المبكرة لمرحلة ما بعد العملية.

رقم الوثيقة	RB.FR.08	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/01	رقم التنقيح	4	رقم الصفحة	6/2
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

العلاج البديل :

المضاعفات المحتملة للإجراء :

ليس الهدف من توضيح المخاطر في عمليات القلب هو تخويفكم ، إنما الهدف هو توعيتكم بالمواضيع الخاصة بالعملية ومخاطرها. هذه المخاطر شائعة. قد تواجهنا مخاطر أخرى أقل شيوعاً ليست مذكورة هنا. سوف يشرح جراحنا معدل المخاطر الفردية الخاصة بك. إذا كانت لديك أسئلة عامة أو محددة الرجاء سؤال جراحك.

قد تحدث هذه المخاطر بأي مخدر. قد تواجهك آثار جانبية مرتبطة بأي من الأدوية المستخدمة، من هذه المضاعفات التي تواجهنا بكثرة دوران الرأس ، طفح جلدي و إمساك.

العملية (جراحة القسطرة للشريان التاجي) التي سيتم إجراؤها تحمل المخاطر و القيود المذكورة ادناه :

- قد تفقد حياتك بإحتمال قليل.
- قد يحدث نزيف في منطقة العملية و إذا لم يتوقف النزيف قد تحتاج لعملية جديدة.
- قد تتغلق أجزاء صغيرة من رئتيك ، وهذا يزيد من إحتمال إلتهاب الرئة ، وقد تكون هناك حاجة للعلاج الطبيعي والعلاج بالمضادات الحيوية ، قد يتأخر إنفصالك من جهاز التنفس وتمتد فترة بقاؤك في غرفة الإنعاش.
- قد تتطور تغيرات خلال العملية تُسبب خراب مؤقت أو دائم في وظائف الدماغ . إحتمال صغير الدخول الى الحياة النباتية بعد العملية.
- إذا لم يعمل القلب بشكل جيد بعد العملية يتم تركيب جهاز من شريان الفخذ لدعم القلب ، قد يحدث ضعف في الدورة الدموية في الساق خلال أو بعد تركيب هذا الجهاز و قد يتطلب هذا عملية جديدة.
- نادراً ما يحدث فشل كلوي و تكون هناك حاجة لغسيل الكلى بشكل مؤقت أو دائم.
- قد تُصاب الجروح بالإلتهاب ، و يحدث إحمرار و تورم وبالتالي تتولد الحاجة للمضادات الحيوية. قد ينفث الجرح بسبب الإلتهاب وقد يتطلب هذا المداخلة الجراحية من جديد.
- قد لا يلتئم بسبب إلتهاب عظمة الصدر او الحركات الغير مناسبة ، وقد نحتاج لماخلة جراحية من أجل ضمها معاً من جديد.

رقم الوثيقة	RB.FR.08	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/01	رقم التنقيح	4	رقم الصفحة	6/3
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

- قد يحدث خفقان وخاصة اضطراب ضربات القلب السريع المسمى الرجفان الأذيني ، يمكن التحكم بهذا الوضع بالتنبيه الكهربائي او العلاج.
- قد يحدث تخثر (تخثر الأوردة) مع تورم وألم في الساق. إذا فلتت قطعة قد تذهب للرئة (انسداد رئوي) وتتسبب في ضيق التنفس ونادراً تكون النتيجة الوفاة.
- قد يحدث نزيف في المعدة كأثر جانبي بسبب الإجهاد في العملية و الأدوية المستخدمة.
- القطع التي تحررت خلال العملية من الوريد الأساسي الخارج من القلب ، قد تُسبب في تكوين المناطق الميتة في الأمعاء. قد يحتاج الوضع لمدخلة جراحية عاجلة بسبب المضاعفات القاتلة هذه.
- قد يحدث تشوش في الوعي لعدة أيام بعد العملية.
- قد نحتاج لنقل الدم.
- قد تكون هناك حاجة لعملية الإفراغ بالإبرة في حالة تراكم السوائل في الرئة أو نادراً في القلب.
- قد يحدث نزف السائل في منطقة العملية ، يمكن إمتصاصه من طرف الجسم مع الوقت ، نادراً ما نحتاج لعملية من جديد.

إذا كنت تدخن ، إذا كان لديك مرض مزمن في الرئة ، أو كان وزنك زائد ، أو تعاني من مرض السكري ، أو لديك قيم عالية لضغط الدم ، أو لديك أمراض أخرى معروفة ، فإن هذه المخاطر تكون نسبتها أعلى لديك..

المخاطر الفردية :

بعد إعطاء القرار بإجراء هذه العملية ، قد تتكون المخاطر والمضاعفات المذكورة أدناه الخاصة بمميزائك :

المشي مع العصا ، خطر جرح القصية %10
نزيف ، إلتهاب الجرح ، فشل الأعضاء ، الشلل ، الوفاة
EF = 50 % ، نسبة الخطر %5

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.08	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/01	رقم التنقيح	4	رقم الصفحة	6/4
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

الوصول للمساعدة الطبية في نفس الموضوع عند الضرورة :

بموجب التشریحات 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).

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 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 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 فقدانني الشعور بأي شكل خلال المداخلة لعلاجي أو إذا كنت في وضع لا يسمح بإعطاء الموافقة ، أعطي الصلاحية.....

(الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقيلت)



إستمارة موافقة من أجل تطعيم مجازة الشريان التاجي



رقم الوثيقة	RB.FR.08	تاريخ النشر الأول	2010/02/01	تاريخ التنقيح	2018/02/01	رقم التنقيح	4	رقم الصفحة	6/5
-------------	----------	-------------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-----

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 موافقة من أجل تطعيم مجازة الشريان التاجي



6/6	رقم الصفحة	4	رقم التنقيح	2018/02/01	تاريخ التنقيح	2010/02/01	تاريخ النشر الأول	RB.FR.08	رقم الوثيقة
-----	------------	---	-------------	------------	---------------	------------	-------------------	----------	-------------

يمكنكم مراجعة مديرية خدمات المريض نهراً 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.