

5/1	رقم الصفحة	رقم التنقيح	تاريخ التنقيح	2018/03/20	تاريخ النشر الأول	RB.FR.180	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	-------------------	-----------	-------------

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 وابدائها ، فرائدها ، 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 قرائنتها وفهمها ، ليست لإرعاكم أو إبعادكم عن التطبيقات الطبية التي سنجرى ، إنما الغرض من هذه الوثيقة هو لتحديد رضاكم أو عدمه ، إعلامكم وأخذ موافقتكم

إعطاء معلومات :

التشخيص الأولي

العلاج المخطط / الوقت المقدر

معلومات بحق الإجراء :

بعد إعطاء التخدير العام أو الموضعي ، يتم وضع كسر عظم الفخذ في مكانه ، ثم يتم تحديد طول وعدد الأعضاء المعدنية أثناء الجراحة المفتوحة أو المغلقة. بعد تخفيض (بوضعه مكانه) أطراف الكسر في العملية ، يتم إجراء الجراحة اللازمة على شكل التثبيت بأجهزة معدنية تقيد لوضع المزروع داخل قناة العظم او بالتثبيت الخارجي. قد تتطلب بعض الكسور وضع مزروع يقوم بوظيفة هذا المفصل بإخراج القطعة المكسورة بسبب عمر المريض وحالته الوظيفية ومريض المريض السابق قبل العملية. ممكن إجراء تطعيم العظم بمساعدة تطعيم العظم المأخوذ من الخارج أو التطعم الذاتي المأخوذ من المريض نفسه بهدف توفير إلتحام العظم في الحالات الضرورية.

العلاج البديل :

رقم الوثيقة	RB.FR.180	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	5/2
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

المضاعفات المحتملة للإجراء :

- قد يحدث تخثر دم في السيقان ، عادة ما تستخدم الأدوية والضمادات الانضغاطية لمنع ذلك. هذه الخثرات قد تنفصل من مكان تواجدها وتذهب الى الرئتين وقد يُسبب هذا الوضع بالوفاة.
- قد يحدث إلتهاب في مكان الجرح. هذا الوضع قد يتطلب إستخدام المضادات الحيوية ، عملية جديدة ومحتملاً إخراج مفصل الركبة الجديد وفي حالات نادرة إحتمال لبتير الساق. بشكل عام ما يتم إجراؤه يختلف حسب شدة الإلتهاب ، يتم إستخراج المفصل الصناعي ويتم تركيب مفصل آخر في جلسة أخرى. المدة بين العمليتين يجب ان تكون على الأقل شهرين ، في هذه الأثناء يجب إستعمال المضاد الحيوي لفترة طويلة.
- قد يتم خلع مفصل الورك ، هذا الوضع قد يتطلب عملية جديدة. قد تنكسر العظام الموجودة حول المفصل خلال العملية و لتصليح هذا الوضع قد نحتاج لإستعمال الجص أو لعملية ثانية.
- المفصل الصناعي ، قد يرخى أو يقدم مع الزمن ، في هذه الحالة قد يكون من الضروري استئصال الأطراف الصناعية وإجراء جراحة أخرى.
- الشق الجراحي قد يتسبب بعدم الإحساس ، هذا قد يكون مؤقت أو دائم.
- قد يحدث خسارة في الأعصاب الموجودة حول الورك ، هذا قد يكون مؤقت أو دائم ، قد يتطلب جراحة في المستقبل.
- قد يحدث خسارة في الأوردة الدموية الموجودة حول الورك. في هذه الحالة ، قد تكون هناك حاجة لعملية من أجل الأوردة الدموية وأحيانا يتم بتر الساق.
- خسارة الأعصاب قد يتسبب في ألم على شكل حرقنة و صعوبة في رفع الساق ، لإزالة الألم و تحريك الساق قد نحتاج لإعطاء تخدير موضعي للأعصاب
- قد يحدث تصلب في الورك بعد الجراحة ، مما يسبب صعوبة في المشي والجلوس وصعوبة الحركة والألم.
- قد يحدث تلاعب ومحتملاً قد نحتاج لجراحة أخرى.
- لدى بعض الناس ، قد يكون التئام الجروح غير طبيعي وقد يصبح الجرح أكثر سمكاً ، أحمر اللون ومؤلم.
- في الأعوام القادمة تطور إلتهاب في أعضاء أخرى من الجسم (إلتهاب المسالك البولية ، التهاب الأسنان وما شابه) و وصوله الى الجزء المزروع عن طريق الدم ، في وضع كهذا يجب إستخراج الجزء المزروع.
- قد تحدث كسور في عظم الورك و التجويف المقابل له.
- حدوث الوفاة بسبب استبدال الورك نادر جداً ، لكنه إحتمال موجود دائماً.
- قد تستمر شكاويكم التي كانت قبل العملية على الرغم من العملية.
- تصلب المفاصل (تقييد الحركة) ، هذا الوضع قد يكون دائم أو مؤقت.
- قد تحدث استجابة غير طبيعية للألم للمداخلة الجراحية وهذا يُسبب زيادة في الألم.

معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

معلومات بحق النتائج المحتملة في حال رفض العملية:

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

رقم الوثيقة	RB.FR.180	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		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 الطبيي 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 وقبالت)

5/4	رقم الصفحة	رقم التنقيح	تاريخ التنقيح	2018/03/20	تاريخ النشر الأول	RB.FR.180	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	-------------------	-----------	-------------

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 غبطائه المعلومات الخاصة بالمداخلة.

الطبيب

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

الإسم واللقب :



إستمارة الموافقة على عملية كسر عنق الفخذ



رقم الوثيقة	RB.FR.180	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	5/5
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

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 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.