

| | | | | | | | | | |
|-------------|----------|---------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-------|
| رقم الوثيقة | RB.FR.60 | تاريخ أول نشر | 01.02.2010 | تاريخ التنقيح | 22.08.2016 | رقم التنقيح | 1 | رقم الصفحة | 5 / 1 |
|-------------|----------|---------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-------|

سبب التنقيح : تغيير رقم الوثيقة

معلومات المريض :

الإسم الكامل :
تاريخ الميلاد :
تاريخ القبول في المستشفى :
تاريخ المبيت في المستشفى :
رقم البروتوكول :
رقم الهاتف :
العنوان :

معلومات بخصوص التشخيص :

قمتَ بمراجعة عيادة العيون في بخصوص علاج الشكوى التي تعاني منها في عينك. تم تشخيص العين اليمنى ()
والعين اليسرى () بمرض.....

معلومات بخصوص طريقة العلاج :

ننصحك للتخلص من المرض الذي تعاني منه بإجراء عملية الساد لعينك اليمنى () واليسرى () . هدف هذه العملية هو إستئصال عدسة العين التي تتسبب في عتمة وقلة الرؤية وتركيب عدسة إصطناعية وزيادة قدرة العين على الرؤية. قبل العملية يتم تنقيط علاج في العين لتكبير البؤبؤ. إذا كانت عملية التنقيط من الممكن القيام بها تحت التخدير يتم القيام بتوسيع البؤبؤ تحت التخدير. في بعض الحالات قد يتم حقن إبرة خلف العين ومحيطها ونادراً ما يكون حقن البرة خطراً فتتم العملية تحت التخدير الكامل. بعد التخدير يتم الدخول من خلال سكاكين خاصة إلى الجزء الأمامي ويتم تنظيف عدسة العين بالموجات الصوتية (جراحة فاكو) ومن ثم يتم تركيب العدسة الإصطناعية وتنتهي العملية. في بعض الحالات قد تلزم بجراحة فاكو القيام بخياطة مناطق الدخول إلى العين. الحالات التي يتم بها إتخاذ قرار عدم تطبيق جراحة فاكو أو إذا كان لم يكن هناك مجالاً للإستمرار بطريقة فاكو أثناء العملية يتم توسيع مداخل العين وإستئصال العدسة من المنطقة الموسعة وخياطة مداخل العين ويتم فك الخياطة خلال 1 - 3 أشهر.

إحتمالية نجاح العملية ومدتها :

نسبة نجاح عملية الساد عالية. تستمر العملية لمدة 40 - 60 دقيقة وغالباً ما يعود المريض إلى منزله فور إنتهاء العملية.

مضاعفات ومخاطر العملية :

المضاعفات التي قد تظهر أثناء التخدير الموضعي العام : 1. تضرر شرايين العين و / أو خلف العين. 2. تضرر أعصاب النظر بسبب مادة التخدير. 3. حساسية ضد المادة المخدرة. 4. نزيف في خلف العين. 5. مشاكل مرتبطة بنقل الدم و / أو منتجات الدم أثناء التخدير العام أو أثناء عملية التخدير.

| | | | | | | | | | |
|-------------|----------|---------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-------|
| رقم الوثيقة | RB.FR.60 | تاريخ أول نشر | 01.02.2010 | تاريخ التفتيح | 22.08.2016 | رقم التفتيح | 1 | رقم الصفحة | 5 / 2 |
|-------------|----------|---------------|------------|---------------|------------|-------------|---|------------|-------|

المضاعفات التي قد تظهر أثناء العملية : 1. تمزق الغشاء في المنطقة التي تم بها تركيب العدسة الإصطناعية. 2. سقوط أجزاء من العدسة خلف العين بسبب تمزق الغشاء الذي تم به تركيب العدسة الإصطناعية. 3. هبوط فجائي لضغط العين الداخلي وحدوث نزيف في شريان العين. المضاعفات التي قد تظهر بعد العملية : 1. تجمع سائل في القرنية. 2. إختلاف (هبوط أو ارتفاع) في ضغط العين الداخلي. 3. إلتهاب في أمام وخلف العين. 4. ضعف في النظر. 5. تجمع سائل في منطقة الرؤية. 6. تضرر في نقطة الرؤية بسبب ضوء الميكروسكوب الخاص بالعملية. 7. ضباب في الغشاء الذي تم تركيب العدسة الإصطناعية به. 8. إنزلاق في عدسة العين الداخلية أو سقوطها خلف العين. 9. قد تتسبب الخياطات أو حرق الفاكو في اللا نقطة بدرجة عالية. 10. نزيف في الجزء الأمامي والخلفي من العين. 11. انفصال أو تمزق في طبقة الشبكية. هناك علاج لبعض المضاعفات وبعض منها تؤدي لأضرار دائمة.

المضاعفات التي قد تظهر في حال عدم قبول تلقي العلاج : 1. الساد سيتقدم وقد يذوب بشكل تلقائي وينتج عن ذلك زيادة ضغط العين الداخلي والشعور بالألم. 2. قد تقل الرؤية أكثر. 3. عملية الساد المتأخرة تكون أصعب ومدتها أطول مما يزيد من خطورة المضاعفات.

موافقة المريض :

قرأت المعلومات الموضحة أعلاه وتم تفهيمي من قبل الطبيب الموقع أدناه. أمتلك المعلومات المتعلقة بهدف العملية ومخاطرها ومضاعفاتها والتدخلات الطبية الأخرى المتعلقة بها .
أوافق على إجراء الطبيبعملية الساد المتوقع إجرائها لعيني اليمنى () واليسرى () .
فهمت ما تم تقديمه لي من معلومات وأوافق على التوقيع على هذه الإستمارة بكامل إرادتي ودون أي ضغط.

الموافقة من المريض – الولي أو الوصي :

- قام طبيبي بتقديم التوضيحات اللازمة لي عن وضعي الصحي.
- تم تفهيمي بشكل مفصل بمضمون العلاج / العملية المخطط لها وسيرها وخيارات العلاج الأخرى والمخاطر ونتيجة عدم قبولي بالعملية ونسبة نجاح العملية والأعراض الجانبية لها.
- فهمت الخصوص الذي يجب أن أقوم بها قبل وبعد العلاج / العملية.
- تم تفهيمي بأنه قد يتم إستخدام الوثائق الخاصة بالتشخيص / العلاج / العملية والعينات المأخوذة في التعليم.
- قام طبيبي بالإجابة بشكل واضح على جميع أسئلتني. حصلت على معلومات بخصوص الأشخاص الذين سيكون متواجدين أثناء العملية. أنا بكامل وعيي، كما أنني على قدرة بإتخاذ القرار بنفسني.
- أنا على علم بأنه لا توجد هناك إجبارية بالموافقة على العلاج / العملية في حال عدم رغبتني بذلك و / أو بأنه متى شئت لدي الحق في إيقاف العملية.
- قرأت الموضح أعلاه بدقة وإستقرت عن النقاط التي لم أفهمها وقام الطبيب بتفهيمي مراراً وتكراراً حتى فهمت.

إستمارة الموافقة على عملية الماء الأزرق
(إستحلاب العدسة)

| | | | | | | | | | |
|-------|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|---------------|----------|-------------|
| 5 / 3 | رقم الصفحة | 1 | رقم التنقيح | 22.08.2016 | تاريخ التنقيح | 01.02.2010 | تاريخ أول نشر | RB.FR.60 | رقم الوثيقة |
|-------|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|---------------|----------|-------------|

الموافقة على العلاج في حالة وقوع أمر غير متوقع : فهمت بأنه قد يضطر طبيبي للقيام بعمليات أخرى إضافية غير العملية المخطط لها. أقبل بأن يقوم طبيبي بعملية إضافية وفق ما تستوجهه صحتي وسلامتي.

ما يرغب الطبيب بمعرفته بخصوص المريض :

الأدوية التي يستخدمها :

وقت النزيف :

الحساسية :

الأمراض الأخرى :

ملاحظات الطبيب بخصوص المعلومات المقدمة له :

.....
.....

توقيع الطبيب وختمه :

| | | | | | | | | | |
|-------|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|---------------|----------|-------------|
| 5 / 4 | رقم الصفحة | 1 | رقم التنقيح | 22.08.2016 | تاريخ التنقيح | 01.02.2010 | تاريخ أول نشر | RB.FR.60 | رقم الوثيقة |
|-------|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|---------------|----------|-------------|

الموافقة من المريض – الولي أو الوصي :

- قام طبيبي بتقديم التوضيحات اللازمة لي عن وضعي الصحي.
- تم تفهيمي بشكل مفصل بمضمون العلاج / العملية المخطط لها وسيرها وخيارات العلاج الأخرى والمخاطر ونتيجة عدم قبولي بالعملية ونسبة نجاح العملية والأعراض الجانبية لها.
- فهمت الخصوص الذي يجب أن أقوم بها قبل وبعد العلاج / العملية.
- تم تفهيمي بأنه قد يتم إستخدام الوثائق الخاصة بالتشخيص / العلاج / العملية والعينات المأخوذة في التعليم.
- قام طبيبي بالإجابة بشكل واضح على جميع أسئلتني. حصلت على معلومات بخصوص الأشخاص الذين سيكون متواجدين ثناء العملية. أنا بكامل وعيي، كما أنني على قدرة بإتخاذ القرار بنفسني.
- أنا على علم بأنه لا توجد هناك إجبارية بالموافقة على العلاج / العملية في حال عدم رغبتني بذلك و / أو بأنه متى شئت لدي الحق في إيقاف العملية.
- قرأت الموضح اعلاه بدقة وإستفشرت عن النقاط التي لم أفهمها وقام الطبيب بتفهمي مراراً وتكراراً حتى فهمت.

ملاحظة : يرجى الكتابة بخط اليد : (قرأت الإستمارة وفهمتها وقبلتها) وقم بالتوقيع.

.....
.....
.....

المكان / التاريخ / الساعة :

ملاحظة : في حال عدم وجود إمكانية لموافقة المريض بالذات يتم أخذ بيانات وتوقيع الشخص الذي قدم الموافقة.

*يجب الحصول على توقيع مشترك لأب وأم المريض. إذا كان فقط أحدهما يجب أن يثبت أنه المسؤول عن رعاية الطفل أو أن يقدم ما يثبت موافقة الولي الأخر.

في حال عدم وجود إمكانية للتواصل مع المريض بشكل مباشر يجب على من تواصل مع المريض (مثال : المترجم) أن يوقع أسفل الجملة الموضحة أدناه :

قمت بتفهم المريض، والديه أو أقاربه بأفضل شكل يمكنني عن محتوى هذه الإستمارة.

الإسم الكامل :

العنوان :

التاريخ / الساعة :

التوقيع :

إستمارة الموافقة على عملية الماء الأزرق
(إستحلاب العدسة)

| | | | | | | | | | |
|-------|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|---------------|----------|-------------|
| 5 / 5 | رقم الصفحة | 1 | رقم التنقيح | 22.08.2016 | تاريخ التنقيح | 01.02.2010 | تاريخ أول نشر | RB.FR.60 | رقم الوثيقة |
|-------|------------|---|-------------|------------|---------------|------------|---------------|----------|-------------|

إسم المريض / ولي / وصي المريض :
التوقيع :
التاريخ / الساعة :

إسم الطبيب المقدم للمعلومات :
التوقيع :
التاريخ / الساعة :