

5/1	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/20	تاريخ النشر الأول	RB.FR.182	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	----------------------	-----------	-------------

سبب التجديد :

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 لإرعابكم 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 :

الرباط الصليبي الأمامي ، واحد من الأربطة التي تربط عظم الفخذ بعظم الظنوب. هذا الرباط الهام جداً من أجل ان تعمل الركبة بشطل طبيعي ، أهم بنية لمنع النزوح الغير طبيعي للعظم الظنوبي. إصابات الرباط الصليبي الأمامي ، يحدث عادة أثناء الحركة الدورانية المفاجئة على القدم الثابتة، يحدث غالباً خلال حركة قام بها المريض نفسه. قد تظهر إصابات الرباط الصليبي الأمامي بالضربات المباشرة على الركبة ، حوادث المرور ، السقوط من مكان عالي والحوادث الصناعية. في هذا الوضع ، قد تحدث إصابات الرباط الصليبي الخلفي ، الروابط الجانبية و تمزق الغضروف المفصلي الهلالي. أولاً يتم أخذ النسيج الذي سيتم إستخدامه في ترقيع الرباط ( إعادة هيكلة شكل ما ) ، هذا النسيج يُسمى تطعيم. سيتم أخذ النسيج اللازم (تطعيم) لإنشاء رباط صليبي جديد من أوتار الفخذ أو من أمام الركبة (الرضفة أو العضلة الرباعية الرؤوس) أو يتم إستخدام مزروع جاهز ( قطعة نسيج تم تجهيزها من شخص متوفي). ثم يتم إجراء تنظيف الركبة لتقييم الهياكل الأخرى داخل المفصل. يتم إجراء المداخلة اللازمة إذا كانت هناك إصابة في الغضروف المفصلي الهلالي أو غضروف المفصل. فيما بعد يتم فتح فتحات في عظام مفصل الركبة ، وهكذا يتم تجهيز الطريق الجديد للرباط الجديد.

5/2	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/20	تاريخ النشر الأول	RB.FR.182	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	----------------------	-----------	-------------

يتم تثبيت العظم بمساعدة المزروع داخل قنوات العظم بالشد المناسب بتمرير التطعيم داخل هذه القنوات. ولهذا يتم إستخدام البراغي المعدنية أو القابلة للإنبهار ، المسامير الصليبية والمسامير التي على شكل U. يمكن لهذه البراغي والمسامير التي تمسك الوصلة في مكانها البقاء في الجسم مدى الحياة ولا تحتاج إلى إزالتها إلا إذا تسببت في عدم الراحة.

### العلاج البديل :

### المضاعفات المحتملة للإجراء :

- (أ) قد يحدث تخدير وفقدان قوة نتيجة الضغط على العضلات والأعصاب في منطقة التطبيق نتيجة لشد العصبية (يشبه القطعة التي يتم لفها على الذراع ونفخها عند قياس الضغط) الملفوفة على الورك من أجل عدم حدوث نزيف خلال الجراحة ، هذا الوضع قد يكون مؤقت أو دائم.
- (ب) قد يتطور خسارة في الجلد ، موت الجلد في المنطقة التي يتم فيها تطبيق العصبية. ما هو مذكور قد يتطلب لتضميد ، عمليات إضافية ونقل الجلد.
- (ج) قد يحدث تمزق للتطعيم (مجموعة الرباط الصليبي) من جديد ، هذا قد يتطلب عمليات إضافية.
- (د) قد يتطور إلتهاب في الركبة ، وهذا يستدعي غسل التطعيم (مجموعة الرباط الصليبي) بالعملية أو يتطلب الإزالة الكاملة ، يمكن أن يؤدي إلى تصلب المفصل مما يؤدي إلى فقدان الحركة.
- (هـ) على الرغم من الجراحة ، قد تستمر الشكاوى التي كانت موجودة في الركبة قبل العملية.
- (ز) تصلب المفاصل (الحد من الحركة)، هذا الموضوع قد يكون مؤقت أو دائم.
- (ح) قد يتطور جوارب الألم بشكل غير طبيعي للمداخلة الجراحية و هذا يُسبب زيادة الألم بشكل أكبر.
- (ط) تغيير في الحس الموضعي و اللون بسبب جرح العملية.
- (ي) في بعض المرضى ، قد يكون التئام الجرح غير طبيعي ، يمكن أن يكون النسيج الشافي (الندبة) سميكًا ومحمر اللون.
- (ك) عند الأشخاص ذو الوزن الزائد تزداد المضاعفات مثل إلتهاب مكان الجرح و إلتهاب الرئة والرئة ، مضاعفات القلب والرئة والجلطة.
- (ل) عند المدخنين تزداد المضاعفات مثل إلتهاب مكان الجرح و إلتهاب الرئة ، مضاعفات القلب والرئة والجلطة.

### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

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

رقم الوثيقة	RB.FR.182	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التجديد	رقم التجديد	رقم الصفحة	5/3
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	-------------	------------	-----

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

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. بإمكانك 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 يمكنك 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 والرتنين ، نزيف في مكان العملية أو في منطقة أبعاد، 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/مزمّن ، فقدان الصوت بشكل مؤقت أو دائم نتيجة شلل الحبل الصوتي ، فقدان وظيفة في الأعضاء مثل الوجه ، الحاجب ، الأسنان ، العيون ، السمع ، البلع ، الرؤية ، التحكم في الإدرا 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 وقبلت )



إستمارة الموافقة على ترقيع الرباط الصليبي الأمامي بالمنظار



5/4	رقم الصفحة	رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/20	تاريخ النشر الأول	RB.FR.182	رقم الوثيقة
-----	------------	-------------	---------------	------------	-------------------	-----------	-------------

المريض

الساعة :

التوقيع :

التاريخ : .....

الإسم واللقب ( بخط اليد): .....

التوقيع :

أب / أم / الممثل القانوني للمريض\* :

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 غعطائه المعلومات الخاصة بالمداخلة



إستمارة الموافقة على ترقيع الرباط الصليبي الأمامي بالمنظار



5/5	رقم الصفحة		رقم التجديد	تاريخ التجديد	2018/03/20	تاريخ النشر الأول	RB.FR.182	رقم الوثيقة
-----	------------	--	-------------	---------------	------------	----------------------	-----------	-------------

الطبيب :

التوقيع :

التاريخ / الساعة :

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

التوقيع :

التاريخ / الساعة :

الإسم واللقب ( بخط اليد).....

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 هذه لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.