



إستمارة الموافقة على فحص مجرى التنفس



مستشفى أوميت الخاص

رقم الوثيقة	RB.FR.131	تاريخ أول نشر	01.02.2016	تاريخ التنقيح	23.03.2017	رقم التنقيح	1	رقم الصفحة	2 / 1
-------------	-----------	---------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-------

سبب التنقيح : تغيير رقم الوثيقة

بيانات المريض :

الإسم الكامل :

تاريخ الميلاد :

تاريخ القبول في المستشفى :

تاريخ المبيت في المستشفى :

رقم البروتوكول :

رقم الهاتف :

العنوان :

أنا (المريض / قريب المريض) فهمت من الطبيب المرض الذي أعاني منه وبأن الموضوع يستوجب القيام بفحص الجهاز التنفسي (القصبات) . فهمت أن عملية الفحص ستم على مجرى التنفس والقصبة الهوائية والشعب الهوائية المتواجدة في كلا الرئتين وقد يتم في بعض الحالات القيام بالعلاج وبأن الطبيب قد يقوم بإجراء بعد التحاليل قبل إجراء العملية كتحاليل الدم وتحاليل وظيفة التنفس وتصوير الرئتين و / أو الرسم السطحي للرئتين.

فهمت بأنه يجب أن أكون قبل العملية جائع لمدة **4 ساعات على الأقل** وبأنه يجب علي قبل العملية قيامي بتقديم معلومات للطبيب عن مشاكلي الصحية التي أعاني منها والأدوية التي أستخدمها بشكل منتظم وهل أعاني من حساسية أم لا وما هي العمليات الجراحية التي أجريت لي.

فهمت بأنه سيتم قبل العملية جعلني أستنشق عبر آلة البخار دواء يساعد على تخدير منطقة الجهاز التنفسي العليا (الحلق) واستخدام بعض الأدوية المهدئة.

تم تفهيمي بأنه خلال العملية وفي حالات ملاحظة الطبيب وجود كتل أو أمر غير طبيعي في منطقة ما فإنه سيقوم بإدخال آلة للحصول على خزعة من المنطقة المشبوهة وقد يقوم بغسل المنطقة وفرشها.

تم تفهيمي بأنه قد يظهر في مريض من بين كل ألف مريض نتائج قد تستدعي المبيت في المستشفى أو حصوله على علاج ومن بين هذه النتائج الغير مرغوب بها (دخول هواء ما بين وريقات غشاء الرئة - نزيف في الشعب - تضيق في مجرى الهواء - إضطراب في دقات القلب) .

فهمت بأنه في حال ظهور هذه النتائج الغير مرغوب بها أثناء العملية أو بعدها فإن التجهيزات اللازمة لتخطي هذه النتائج ستكون جاهزة لتقديم الحل. إستوعبت أيضاً بأنه في بعض الحالات قد يحدث نزيف في الشعب ولتوقيف النزيف يتم حقن دواء في منطقة النزيف أو القيام بالتبريد الموضعي. فهمت أيضاً بأنه في بعض الحالات ورغم عدم وجود علاقة بعملية فحص مجرى التنفس فإن بعض الأدوية قد تسبب الحساسية أو ظهور نتائج غير مرغوب بها في الجهاز التنفسي (إنخفاض الضغط - صعوبة في التنفس وما شابه ذلك) .



إستمارة الموافقة على فحص مجرى التنفس



مستشفى أوميت الخاص

رقم الوثيقة	RB.FR.131	تاريخ أول نشر	01.02.2016	تاريخ التنفيح	23.03.2017	رقم التنفيح	1	رقم الصفحة	2 / 2
-------------	-----------	---------------	------------	---------------	------------	-------------	---	------------	-------

فهمت بأن العملية التي ستم أثناء فحص مجرى التنفس أو حالتي المرضية قد تتسبب ولو في حالات نادرة جداً إلى الوفاة.

تم تفهيمي بأنه بعد عملية فحص مجرى التنفس قد تكون هناك حاجة لتصوير شعاعي للرئة وبأنه قد تكون هناك حاجة للتدخل أو إتخاذ قرار بالإستمرار بالعملية أو توقيفها حسب حالتي الطبية.

تم تفهيمي بأنه إذا تم تقديم دواء لي قبل العملية فإن هذا الوضع سيتسبب بحالة من النعاس لذا يجب ألا أقود سيارة أثناء عودتي للبيت وأنه في حالة إحساسي بضيق في التنفس بعد عودتي للبيت فإنه يجب علي مراجعة قسم الطوارئ. تم تفهيمي أيضاً بأنه بإمكانني تناول الطعام في الوقت الذي يحدده الطبيب لي.

قمت بقراءة هذه الإستمارة (أو قرأها قريبي لي). أفهمني طبيبي مخاطر العملية التي قد أتعرض لها. إلى جانب ذلك فهمت بأن هذه العملية التي تهدف إلى تشخيص الحالة قد لا تنجح وفهمت كل التفاصيل التي تم توضيحها لي. تم منحي مدة مناسبة لتوجيه الأسئلة وإتخاذ القرار كما تم تقديم نسخة من هذه الإستمارة لي. أوافق على القيام بالعملية (أو أوافق على إجرائها لقريبي) بكامل إرادتي ودون أي ضغط.

تم تفهيمي بأن هذه العملية قد تكون نتيجتها فاشلة.

تم التوقيع على هذه الإستمارة بعد تعبئة الفراغات.

قم بكتابة موافقتك أو رفضك للعملية / العلاج والتوقيع على ذلك.

الإسم	التاريخ / الساعة	التوقيع
المريض / قريبه		
الطبيب		
الشاهد		

ملاحظة : إذا كان المريض تحت سن 18 أو في حالة من اللا وعي أو لا يملك صلاحية الموافقة تم الموافقة من قبل وكيله.