



## إستمارة الموافقة على عملية المفصليات



رقم الوثيقة	RB.FR.181	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/1
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

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:**

عملية المفصليات ( تجميد المفصل وجعله دون حركة ) ، هو تجميد حركة المفصل المتكلس بشدة بمساعدة الزراعة. يتم القضاء على الألم تماما حيث يتم تعطيل المفصل الذي تم تطبيق عملية المفصليات عليه.

**العلاج البديل :**

رقم الوثيقة	RB.FR.181	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/2
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

### المضاعفات المحتملة للإجراء:

طريقة العلاج هي عملية إنقاذ من أجل المرضى في المرحلة المتقدمة. الميزة الأكثر أهمية للعلاج جلب المفصل المتكلس لوضع لا ألم فيه. ولكن بالإضافة إلى ذلك ، فإن زيادة الحمل في المفاصل المحيطة بها سيزيد من خطر تصلب المفاصل وزيادة الطاقة اللازمة للمشي. مخاطرها: تجميد المفصل في وضع غير مناسب ، الإلتهاب ، التحام نسيج العظم الموضوع بين المفاصل ( التدخين يزيد من خطر الالتحام) و تكلس المفاصل المجاورة. يمكن حدوث كسر بالقرب من نسيج العظم المخطط لإجراء العملية له . قد تحدث إصابات مهمة في الأوردة الدموية الأعصاب و الأوتار ( أوتار العضل) في منطقة الجراحة.

### معلومات بحق احتمالات نجاح العملية :

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

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

### توصيات لنمط الحياة الحرجة من أجل صحة المريض :

### الوصول للمساعدة الطبية في نفس الموضوع عند الضرورة :

بموجب التثريعات 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).

رقم الوثيقة	RB.FR.181	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/3
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

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

..... ( الرجاء الكتابة بخط اليد : قرأت ، فهمت وقبالت )

المريض

الساعة :

التوقيع :

التاريخ : .....

الإسم واللقب ( بخط اليد): .....

رقم الوثيقة	RB.FR.181	تاريخ النشر الأول	2018/03/20	تاريخ التنقيح		رقم التنقيح		رقم الصفحة	4/4
-------------	-----------	-------------------	------------	---------------	--	-------------	--	------------	-----

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 غعطائه 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):.....

يمكنكم مراجعة مديرية خدمات المريض نهراً 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 هذه لا يلغي الحقوق القانونية للمريض.