|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל - نموذج موافقة ل- نسخة 08/16

**כריתת גידול מכיס השתן**

**استئصال ورم من المثانة البولية**

**Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor**

يتم إجراء هذه العملية للمرضى الذين يحتاجون إلى استئصال ورم من المثانة الذي تم الكشف عنه من أجل تحديد التشخيص والعلاج. كذلك، لدى المرضى الذين هم بحاجة لأخذ عينة من الغشاء المخاطي في المثانة (خزعات) وذلك في حالات الاشتباه بورمٍ خبيث في جدار المثانة، لغرض أخذ عينة من الغشاء المخاطي في المثانة وللمراجعة بعد استئصال الورم.

إجراء تحليل مسبق قبل الجراحة أي عمل تنظير في المثانة بحيث يتم إدخال جهاز نظام بصري الى المثانة عن طريق مجرى البول، بحيث يقوم بعمل تخطيط للمثانة ومجرى البول ومن خلاله سوف يتم عبور الجهاز لغرض استئصال النسيج وحرق مكان الاستئصال لمنع النزيف.

تنظير المثانة يسمح بإجراءات إضافية في المثانة مثل إزالة الحجارة، جلطات دموية كبيرة بالإضافة الى إجراء قسطرة في الجانبين لأغراض مختلفة.

ممكن تنفيذ هذه الإجراءات باستخدام مصادر الطاقة المختلفة واختيار تنفيذها عن طريق مصدر الطاقة هي وفقًا لتقدير الجراح. بعد الجراحة عادةً، قد يتم إبقاء القسطرة في المثانة لتصريف المثانة وتنظيف جلطات الدم من منطقة الجراحة.

طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية: (أحط بدائرة الطريقة المناسبة)

**بدون تخدير / عام / ناحي / موضعي**

**שם החולה:**

**اسم المريض**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם משפחה | שם פרטי | ת.ז. | שם האב |

اسم العائلة الإسم الشخصي بطاقة الهوية اسم الأب

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

أنا أصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحًا مفصّلًا وشفهيا من الطبيب:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם משפחה | שם פרטי |

اسم العائلة الإسم الشخصي

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

الحاجة الى إجراء عملية أخذ عينة من الغشاء المخاطي في المثانة و/أو استئصال ورم من المثانة - Trans - Urethral Resection of Bladder Tumor. (فيما يلي: الجراحة الأساسية)

كذلك، تم الشرح لي حول البدائل العلاجية الموجودة لعلاج حالتي (وفقًا لقرار الإحالة للفحص من قبل الطبيب )

إنني أصرح / وأقر / بموجب هذا بأنني تلقيت شرحًا عن الآثار الجانبية بعد العملية الأساسية، بما في ذلك الألم وعدم الراحة والنزيف في البول وحرق على طول مجرى البول. كما وأوضح لي عن الأعراض التي قد تظهر بعد إزالة القسطرة من المثانة، وتشمل: كثرة التبول، والبول الدموي وحرق أثناء التبول، وأن هذه التأثيرات مؤقتة وعادةً ما تهدأ في غضون أيام قليلة، كما تم الشرح لي أنه لن يكون هناك وقف كامل للبول، بعد إزالة القسطرة، الأمر الذي يتطلب إدخال قسطرة لفترة إضافية حتى الفطام منها.

كذلك تلقيت شرحًا عن المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك التهابات في المسالك البولية و/أو الجهاز التناسلي، يرافقه الحمى، والقشعريرة والنزيف الذي يتطلب تمديد فترة العلاج في المستشفيات أو العيادات الخارجية مرة أخرى، انثقاب (ثقب) (perforation) في جدار المثانة قد يتطلب تدخل جراحي مفتوح لإستمرار العملية الرئيسية.

وتشمل المضاعفات الأخرى المحتملة للإصابة وظهور تضيق في فتحة الحالب، في حالة ما إذا كان الورم موجودًا أو ظهور تضييق في مجرى البول. هذه المضاعفات غير شائعة.

أصرح / وأؤكد / بموجب هذا بأنه أوضح لي وأنا أفهم ذلك بأن / هناك احتمال خلال العملية الأساسية وجود حاجة لإجراء مزيد من المعالجة مثل بتر النسيج في البروستاتا، قسطرة الحالبين تصوير المسالك البولية، وترك القسطرة الداخلية في الحالب وتوسيع مجرى البول في حالات التضييق وأنا موافق / موافقة لتنفيذ مزيد من العلاج حسب المطلوب.

أنا أصرّح وأقر بأني تلقيت شرحًا وأنا أفهم ذلك أن هناك إمكانية خلال التشخيص الرئيسي قد يتبين أن هناك حاجة لتوسيع نطاق التشخيص، سواءً كان تغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ الحياة، ومنعًا لحصول أي ضرر جسدي بما في ذلك إجراء عمليات جراحية إضافية أخرى لا يمكن التنبؤ بها مسبقًا، ولكن تم شرح معناها بالنسبة لي. وبذلك، أنا أوافق على مثل هذا التعديل في التوسيع أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك عمليات جراحية أخرى ويرى الأطباء في المستشفى بأنها ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء العملية الرئيسية.

كما وأوضح لي أنه إذا تم إجراء العملية تحت التخدير **عام / ناحي / إنسداد عصبي**   
سيتم إعطاء شرح عن التخدير من قبل أخصائي التخدير.

معلوم لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائزُ على الانتساب الجامعي، في أثناء العملية الجراحية قد يشارك جزء من الطلاب بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بأن الفحص وجميع الإجراءات الأساسية سوف يتم تنفيذها من قبل كل من يتم تعيينه للقيام بذلك وفقًا للإجراءات والقوانين المتبعة في المركز الطبي، ولا يوجد هناك ضمان لاتخاذها، كليًا أو جزئيًا، من قبل شخص معين وأن يتم تنفيذها بمسؤوليةٍ تامة فقط ووفقًا للقانون.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء هذا العلاج الرئيسي.

إذا كان سيتم اجراء العملية الجراحية تحت التخدير الموضعي، أنا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد وبعد أن شرح لي عن مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك الإصابة بالحساسية بدرجات مختلفة

بسبب للمخدر ومضاعفات استخدام المسكنات والتي نادرًا ما قد تسبب إلى اضطرابات في الجهاز التنفسي وإلى اضطرابات في عمل القلب، خاصةً بين مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| תאריך | שעה | חתימת המטופל |

التاريخ الساعة توقيع المريض

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם אפוטרופוס (קירבה למטופל) | חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) |

إسم الوصي توقيع الوصي

(القرابة مع المريض) (في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)

أنا أؤكد بذلك أني شرحت شفهيًا **للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة** جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيري بشكل تام.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם הרופא (חותמת) | חתימת הרופא | תאריך ושעה |

اسم الطبيب (ختم) توقيع الطبيب التاريخ والساعة

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| שם המתרגם/ת | קשריו לחולה |

اسم المترجم/ة صلته بالمريض