שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:
שם פרטי/ الإسم الشخصي:
ת.ז/ بطاقة الهوية:
שם האב/ إسم الأب:

מדבקת המטופל

إصدار/גרסה 06/22

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة لـِ

**הזרקת בוטולינם לגפים ספטסטיות /** **حقن توكسين البوتولينوم في الأطراف المتشنجة Botulinum Toxin Injection**

**طبيعة المشكلة الطبية:** زيادة توتر العضلات (التوتر) في العضلات والتشنج.

الهدف من العلاج هو تقليل التوتر العضلي المتزايد لتسهيل نطاق الحركة. يتم الإجراء عن طريق حقن المادة بجرعة حسب وزن الجسم في العضلة المستهدفة، يمكن إجراء العملية بعد تخدير موضعي عن طريق المرهم أو تحت تخدير مسكنات الألم أو التخدير العام.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا مفصلاً حول حقن البوتولينوم في الأطراف التشنجية (فيما يلي "الإجراء الرئيسي")، لقد فهمت ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة الإجراء والبدائل العلاجية، المخاطر والفوائد .

ההזרקה תתבצע **ביד/רגל**  **ימין/שמאל** (הקף/י בעיגול) הערות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سيتم إجراء الحقن في **اليد/** **الرجل اليمنى/اليسرى** (ضع دائرة حول الإجابة الصحيحة)

ملاحظات: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

كذلك، تم شرح البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي: التنشيط عن طريق العلاج الطبيعي (فيزيوترابيا)، واستخدام الجبائر.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك بأنني قد تلقيتُ شرحًا حول الأعراض الجانبية بعد العملية الرئيسية وهي: تهّيج موضعي في موقع الحقن، ضعف عام، صعوبة في البلع، عدم السيطرة على العضلة العاصرة.

كذلك، تلقيتُ شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: الألم وعدم الراحة.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا وأنا أتفهم ذلك بحيث هناك احتمالية أثناء حقن البوتولينوم في الأطراف المتشنجة ، سيتضح أنه من الضروري توسيع نطاقه، تغييره أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو التي لا يمكن التنبؤ بها مسبقًا بهدف إنقاذ الأرواح أو منع الأذى الجسدي. لذلك، أنا موافق/ة أيضًا على نفس التوسيع، التغيير أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الإجراءات التي يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون ضرورية أو حيوية أثناء العملية الرئيسية أو بعدها مباشرة.

إذا تم إجراء العملية تحت التخدير، فسيتم تقديم شرح لي من قبل طبيب التخدير وسأوقع على استمارة موافقة مخصصة للتخدير.

في حالة إجراء العلاج بتخدير موضعي/ جانبي /انسداد عصبي، من قبل الطبيب الذي يجري العملية، يتم منح موافقتي أيضًا لإجراء هذا التخدير، مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد، وبعد أن تلقيتُ شرحًا حول مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة للمخدرات والمضاعفات المحتملة لاستخدام المواد

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:
שם פרטי/ الإسم الشخصي:
ת.ז/ بطاقة الهوية:
שם האב/ إسم الأب:

מדבקת המטופל

المهدئة التي يمكن أن تسبب في حالات نادرة، اضطرابات في الجهاز التنفسي واضطرابات في نشاط القلب، خاصةً لدى الأشخاص الذين يعانون من أمراض القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الجهاز التنفسي.

معلومٌ لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائزٌ على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج وفي المراقبة والإشراف الكامل. ومع ذلك، لن يتم إجراء عملية الحقن من قبل الطالب.

أنا أعلم وموافق/ة على أن حقن البوتولينوم في الأطراف التشنجية وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها من قبل الشخص المكلّف الذي تم تعيينه وفقًا لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها، كليًا أو جزئيًا، من قبل شخص معين. بشرط أن تتم تحت طائلة المسؤولية المعمول بها ووفقاً للقانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

أنا أمنح بموجب ذلك موافقتي على إجراء العملية الرئيسية.

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

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

 **إسم العائلة الإسم الشخصي بطاقة الهوية إسم الأب**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**

 **(صلة القرابة مع المريض) (في حالة فاقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسيًا**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

أنا أؤكد بموجب ذلك بأنني شرحتُ شفهيًا للمريضة/ **للوصي** / **لمترجم المريضة** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه انها فهم/فهمت الشرح بشكلٍ تام.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)****إسم الطبيب (ختم)** | **חתימת הרופא****توقيع الطبيب** | **תאריך ושעהالتاريخ والساعة** |

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:
שם פרטי/ الإسم الشخصي:
ת.ז/ بطاقة الهوية:
שם האב/ إ سم الأب:

מדבקת המטופל

**הצהרת המתרגם:** אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

**تصريح المترجم:** أنا أصرّح وأؤكد بأنني قمت بترجمة هذه الوثيقة بشكلٍ تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريضة بالإضافة إلى أسئلة المريضة للطبيب.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת****إسم المترجم/ة** | **חתימת המתרגם/ת****توقيع المترجم/ة** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך ושעה** | **קשריו למטופל/ת** |

 **التاريخ والساعة صلته بالمريض/المريضة**