שם המוסד הרפואי / לוגו اسم المؤسسة الطبية / شعار

**שם המטופל/اسم المريض**

שם משפחה/اسم العائلة:  
שם פרטי/الاسم الشخصي:  
ת.ז/بطاقة الهوية:  
שם האב/اسم الأب:

מדבקת המטופל

إصدار/גרסה 08/21

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة ل-

**הזרקת בוטולינום לטיפול במיגרנה / حقن توكسين البوتولينوم لعلاج الشقيقة (الصداع النصفي) / Botulinum toxin injection for migraine**

**طبيعة المشكلة الطبية**: العلاج الوقائي المخصص في حالات الصداع النصفي المزمن.

الهدف من العلاج هو تقليل عدد أيام الصداع النصفي في الشهر.

يتم إجراء العملية عن طريق حقن المادة في 31-39 نقطة في عضلات فروة الرأس ، الوجه والرقبة والكتفين حسب بروتوكول PREEMPT.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا مفصلاً حول حقن البوتولينوم للعلاج الطبي للصداع النصفي المزمن (فيما يلي "**الإجراء الرئيسي**")، لقد فهمت ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة الإجراء والبدائل العلاجية، المخاطر الاحتمالات والفوائد.

كذلك، تلقيت شرحًا حول البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي مثل : العلاجات الوقائية الدوائية وغير الدوائية المختلفة.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك بأنني تلقيت شرحًا حول الأعراض الجانبية بعد العملية الرئيسية وهي: نزيف موضعي، ألم في منطقة الحقن، صداع، ضعف عضلي موضعي في منطقة الحقن حيث يظهر بتدلي الجفون، تدلي الحاجبين، رؤية مزدوجة. قد تستمر هذه الإصابة المؤقتة لعدة أشهر.

كذلك تلقيتُ شرحًا حول طريقة العلاج، وأنا أتفهم ذلك بأن هناك احتمال أثناء الإجراء الطبي لحقن البوتولينوم للعلاج الطبي للصداع النصفي المزمن قد يتضح أنه من الضروري إجراء عمليات علاجية إضافية من أجل إجراء العملية مثل: التخدير الموضعي، وقف نزيف الدم، كذلك، تلقيت شرحًا عن المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك: تطور مرض شبيه بالإنفلونزا، بالإضافة إلى ضعف في مناطق بعيدة عن منطقة الحقن، مثل اضطراب في البلع أو ضعف في الأطراف.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا وافيًا وأنا أتفهم ذلك أن هناك احتمال أنه أثناء العلاج بحقن البوتولينوم للعلاج الطبي للصداع النصفي المزمن، سيتضح أنه من الضروري توسيع نطاقه، تغييره أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو إضافية 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 حيوية أو ضرورية أثناء الجراحة الرئيسية/ الإجراء/ العلاج الرئيسي أو بعدها مباشرة.

معلوم لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج وفي المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وموافق/ة على أن حقن البوتولينوم للعلاج الطبي للصداع النصفي المزمن وأن جميع 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 يتم إجراؤها تحت طائلة المسؤولية المعمول بها ووفقاً للقانون.

שם המוסד הרפואי / לוגו إسم المؤسسة الطبية / شعار

**שם המטופל/إسم المريض**

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

מדבקת המטופל

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 الأسم 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 الأهلية, 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 شرحت شفهيا للمريض/ **للوصي** / **لمترجم المريض** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعت بأنه هو/هي فهم/فهمت الشرح بشكل تام.

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

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

**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 بشكل تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريض/ة بالإضافة إلى أسئلة المريض/ة للطبيب.

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

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

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

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

التاريخ والساعة صلته بالمريض/ة