

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' VASUR/000/ANG/0008/פברואר 1997

## טופס הסכמה : צינתור כלי דם ANGIOGRAPHY إستمارة موافقة: قسطرة الأوعية الدموية

יבצע إجراء قسطرة الأوعية الدموية لغرض تشخيص تضيق، انسداد، اعتلال، أو انورسما في الأوعية الدموية. تنفذ العملية تحت تأثير تخدير موضعي ولدى الأطفال تحت تأثير تخدير عام، بواسطة إدخال قسطر أو إبرة، في منطقة مفترج الرجلين، عادة، أو في منطقة الخصر، في الإبط أو في منطقة أخرى، حسب متطلبات الفحص. يُحقن المريض عن طريق القسطر بمادة مضادة ويتم عرض نماذج الدم بواسطة تصوير سيني (رنتجن).

يُنفذ في القسطرة العلاجية علاج في الأوعية الدموية بواسطة بالون، مع أو من دون إدخال قطعة أو داعم (STENT) أو علاج بواسطة بخ مادة מזיבית للتخثرات. في الحالات التي تُكتشف فيها، في أثناء قسطرة تشخيصية، مشكلة قابلة لعلاج حالي، تُنفذ القسطرة العلاجية استمراراً للقسطرة التشخيصية. يجب أن يبلغ/ تبليغ المريض/ طبيب القسم وطبيب الأشعة في حال وجود مشكلة في الكليتين و/أو حساسية لمادة اليود، قبل تنفيذ الفحص.

اسم المريض/ة/ שם החולה:

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

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور

عن الحاجة إلى إجراء قسطرة أو عية دموية تشخيصية و/ أو علاجية بما في ذلك علاج بواسطة البالون و/أو داعم و/أو علاج بواسطة مادة מזיבית للتخثرات.\*  
فصل علاجاً آخر/ פרט טיפול אחר:

(في ما يلي: "العلاج الأساسي")

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن عوارض العلاج الجانبية بما فيها الألم وعدم الشعور بالراحة نتيجة للتخدير الموضعي وإدخال القسطر، وشعور فجائي بالحرارة نتيجة الحقن بالمادة المضادة.

وضّحت لي مضاعفات القسطرة المحتملة بما فيها النزيف في مكان الوخز، انسداد الشريان في منطقة القسطرة أو في منطقة بعيدة أكثر، نزيف تحت الجلد، انورسما مُتخيلة، وتلوث. في حالات نادرة، قد يُتسبب باضرار للعضو أو للطرف المُقسطر حتى فقدان الطرف وجُلطة دماغية. كما وضّحت لي المضاعفات المحتملة للحقن بمادة مضادة بما فيها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة، وفي حالات نادرة جداً، إضرار بعمل الكليتين، وتفاقم في مرض القلب، كما أنه، في حالات نادرة جداً، من الممكن أن تنتهي هذه المضاعفات حتى بالموت.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

كما أعلن وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً، وبأنني مُدرك/ة أن هناك احتمالاً لأن يَنْضح- في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرة- وجود حاجة إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أن معناها وضّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التوسيع، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المستشفى- حيوية أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرة.

تُعطي بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي، حسب مقتضى الحاجة، وحسب اعتبارات الأطباء المعالجين، بعد أن وضّحت لي مخاطر التخدير الموضعي ومضاعفاته المحتملة، بما فيها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير. إذا دعت الحاجة إلى إجراء العلاج الأساسي تحت تأثير تخدير عام فسأتلقى شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنني موافقة/ة على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سبّلقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المستشفى وتعليماته. كما أنني لم أتلق ضماناً أنه سيجري كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المُتّبعة في المستشفى، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة/ חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانياً)/ חתימת האפוטרופוס

(במקרה של פסול דין קטין/ה או חולה/ת נפש)

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة/ة للوصي على المريض/ة\* الوارد أعلاه كله، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ שם הרופא/ה

\*يرجى شطب الزائد/ מחק/ י את המיותר



משרד הבריאות

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי לכירורגיית כלי-דם (וסקולרית)



MRM החברה לניהול סיכונים ברפואה