

نموذج موافقة: تنظير القصبات الصُّلب (مشاهدة القصبة الهوائية والقصبات) / تنظير

المريء الصُّلب (مشاهدة المريء)

يتم هذا الإجراء لغرض النظر في حجرة البلع، المريء، القصبة الهوائية، والقصبات؛ تشخيص ومعالجة مشاكل مثل: إخراج جسم غريب، خُزعة (بيوبيسي) من أثر مشكوك فيه، استئصال مضاژ، أخذ مستنبت، وإدخال داعم (STENT).
يتم الإجراء من خلال إدخال ماسورة خاصة عن طريق الفم إلى القصبة الهوائية أو إلى المريء.
يتم الإجراء تحت تأثير التخدير العام.

اسم المريض: _____ اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____ اسم الأب _____ بطاقة الهوية _____
أصح بهذا وأصدق على أنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من د. _____ الاسم الشخصي _____ اسم العائلة _____
عن الحاجة إلى إجراء تنظير القصبات الصُّلب / تنظير المريء من أجل _____
(فيما يلي: "الإجراء الأساسي").

وُضح لي أنّ هناك احتمالاً لعدم النجاح في إدخال الماسورة، عدم النجاح في إخراج الجسم الغريب، وعدم إمكانية استئصال ضرر/أضرار بشكل كامل، أو عودة المرض الأساسي؛ حيث ستكون هناك حاجة إلى معاودة الإجراء أو إحراز الهدف من خلال عملية مفتوحة.
أصح بهذا وأصدق على أنه شُرح لي عن الأعراض الجانبية لهذا الإجراء، بما فيها: الألم والشعور بعدم الراحة، الصعوبات في البلع، البُحّة المؤقتة، ونفث الدم.
كما شُرح لي عن المخاطر والتعقيدات الممكنة للعملية الأساسية، بما فيها: الشعور المتواصل بعدم الراحة، خراب في الأسنان، تغيّرات في الصوت، صعوبة في البلع، تثقّب حجرة البلع، تثقّب المريء، تثقّب القصبة الهوائية، تثقّب الرئة، ونزيف يشكل خطراً على الحياة. إنّ استخدام أشعة الليزر خلال العلاج الأساسي من الممكن أن يؤدي إلى اكتواءات في فضاء الفم وفي حجرة البلع، في الشفتين، أو في الوجه.
في حالات نادرة، يمكن أن تنتهي بعض التعقيدات بالوفاة.
أعطي بهذا موافقتي على إجراء العملية الأساسية.
أصح بهذا وأصدق على أنه شُرح لي وأتني أفهم أنّ هناك إمكانية لأن يتضح - خلال العملية الأساسية - أنّ هناك حاجة إلى توسيع نطاقها، إلى تغييرها، أو إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو لمنع ضرر جسيماتٍ، بما في ذلك إجراءات جراحية إضافية لا يمكن توقعها الآن بالتأكيد أو

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

توقيع الوصي (في حال فاقد الأهلية، قاصر، أو مريض نفساني)

اسم الوصي (القرابة)

أصدق على أنني شرحت شفهياً للمريض/ة / للوصي على المريض/ة* كل ما جاء أعلاه بالتفصيل المطلوب، وأنه/ها وقّع/ت موافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي بالكامل.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

* أشطب/ي الزائد



החברה לניהול סיכונים

איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר
ברפואה בע"מ

החברה לניהול סיכונים ברפואה בע"מ



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד רופאי אף-אוזן-גרון וכירורגיה של ראש צוואר

