



מדבקה



نموذج موافقة لـ

علاج بالأدوية لأمراض سرطانية بواسطة أدوية سمية Chemotherapy

هدف العلاج الكيميائي هو علاج المرض أو منع تطوره على يد إصابة الخلايا الخبيثة وإبادتها. يتم إعطاء العلاج الكيميائي على الأغلب عن طريق الوريد ، ولكن جزء من العلاجات تتم عن طريق الفم. هناك حالات أخرى يتم من خلالها إعطاء العلاج بطرق أخرى ، مثلا ، حقن الى داخل العמוד الفقري ، او مباشرة الى العضو المصاب. العلاج الكيميائي يُقدم ، بشكل عام ، بدمج بين عدة أدوية وبطريقة دورية . أحيانا يشمل العلاج دواء واحد فقط. التخطيط للعلاج ، بما في ذلك تحديد وجبات الدواء ومدة العلاج ، يتم تحديده بموجب برنامج علاجي اعتيادي (بروتوكول") الذي يتم ملاءمته لحجم الجسم (مساحة الجسم ، المشتق من الطول والوزن) مع الاخذ بعين الاعتبار أمراض أخرى موجودة عند المتعالج. مراحل العلاج قد تتغير وفقا لرد فعل الجسد لعلاج.

العلاج الكيميائي المقدم بهدف إصابة وتدمير الخلايا السرطانية قد يصيب ويسبب الضرر أيضا لأنسجة صحية.

العلاج الكيميائي يؤدي الى ظواهر جانبية ومضاعفات في أجهزة الجسم التي قد تكون صعبة و \ أو غير قابلة للتعديل وقد تنتهي حتى بالوفاة. شدة الظواهر الجانبية وميزاتها تختلف من علاج الى آخر وليس كل العوارض الجانبية المفصلة أدناه قد تحصل حقا نتيجة العلاج المعين الذي سوف يُقدم لك.

اسم المريض:

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	اسم الاب
-------------	--------------	------------	----------

اصرح بهذا وأصدق انني قد تلقيت شرحا مفصلا شفويا من الطبيب:

اسم العائلة	الاسم الشخصي
-------------	--------------

على مرضي الخبيث وأيضا تمت التوصية لي على تلقي علاج كيميائي. فصلاي الادوية المخطط لها:

מ ד ב ק ה

طريقة تناول الدواء: عن طري الفم | الوريد | طريقة أخرى (فصلي) _____
مدة العلاج المخطط: _____ (فيما يلي: "العلاج الاساسي").
ملاحظات: _____

تم الشرح لي عن البدائل العلاجية الموجودة لمرضى.

تم الشرح لي عن العوارض الجانبية التي قد تحصل لي جراء العلاج والتي أغلبها قادرة للاختفاء. العوارض الجانبية الممكنة جراء العلاج الكيميائي تشمل ، بين ما تشمل ، **العوارض التالية:** غثيان وتقيؤ ، ضعف وشعور بالإرهاق ، تساقط الشعر (بشكل عام تختفي بعد العلاج) ، هبوط بعدد كريات الدم البيضاء مما قد يسبب الى تطور تلوثات ، انخفاض بعدد الصفائح الدموية (كريات الدم المسؤولة عن تخثر الدم) التي قد تسبب الى نزيف ، انخفاض بعدد كريات الدم الحمراء (فقر دم) التي قد تسبب الى الضعف والإرهاق ، اضطرابات في الجهاز الهضمي بما في ذلك الإسهال والإمساك ، ، ظهور دمل بالفم ، على اللسان أو بأجزاء أخرى بجهاز البلع ، وتغييرات بالجلد والأظافر.
تسرب أدوية كيميائية خارج الوريد ، قد تسبب الى رد فعل التهابي او الى غرغرينا موضعية. تم الايضاح لي انه على الإبلاغ فوراً على كل الم أو انتفاخ في موقع ادخال الانبوب.

لأدوية معينة أيضاً توجد عوارض جانبية خاصة بها ، مثل: تحسس ، ضرر لعضلة القلب ، ضرر للرتنين ، ضرر للكلى ، ضرر للكبد ، إصابة بالسمع واصابة بالأعصاب ، بما في ذلك ضرر بالذاكرة والتركيز.

جزء من العوارض الجانبية والمضاعفات قد تتطلب مكوث بالمستشفى وبحالات نادرة قد تنتهي بالوفاة.

هناك إمكانية نادرة لتطور مرض خبيث إضافي بعد سنوات من تلقي العلاج الكيميائي.

في جيل الخصوبة ، العلاج الكيميائي قد يسبب الى **ضرر بالخصوبة** وأيضاً الى عوارض جانبية خاصة بنقص الهرمونات الجنسية.

في كل جيل ، قد تسبب العلاجات الكيميائية الى **ضرر بالأداء الجنسي** ، والذي بشكل عام يختفي بعد الانتهاء من العلاج.

أصرح وأصدق بهذا انه تم الشرح لي وانني فهمت أن هناك إمكانية تغيير عملية العلاج أو اتخاذ عمليات أخرى إضافية خلال اجراء العلاج البيولوجي ، وذلك من أجل انقاذ الحياة ومنع التسبب لأضرار للجسم ، بما في ذلك عمليات ليست متوقعة بشكل مسبق ، ولكن تم الشرح لي عن ماهيتها. لذلك **انني أوافق** أيضاً لتلك التغييرات أو الإجراءات الأخرى والاضافية بما في ذلك عمليات تتم بموجب قرار أطباء المستشفى كونها حيوية وضرورية أو مطلوبة خلال العلاج.

إذا تم خلال العلاج الأساسي اجراء **تخدير موضعي** ، اعطي بهذا موافقتي لإجراء تخدير محلي مع أو بدون حقن الى داخل الوريد لمادة مخدرة ، بعد أن تم الشرح لي عن الأخطار والمضاعفات الممكنة باستخدام أدوية التخفيف والتخدير ، والتي بحالات نادرة ، قد تسبب الى اضطرابات التنفس واضطرابات بنشاط القلب ، على الأخص عند مرضى القلب والمصابين باضطراب في الجهاز التنفسي.

معلوم لي أن المركز الطبي هيلل يافيه هو صاحب تصنيف جامعي ، خلال التقييم والعلاج قد يشترك أيضاً طلاب جامعيين للمراقبة والمشاهدة.



מדבקה



מعلوم לי ואوافق على ان العلاج وكل المراحل والعمليات الأخرى المتعلقة به سوف تتم على يد من يخول بذلك ، وفقا للأنظمة والتعليمات في المؤسسة الطبية ، وانه لم يوعدني أحد ان تلك العلاجات والعمليات سوف تتم على يد شخص معين ، و فقط أن تتم بمسؤولية مقبولة في المؤسسة وبموجب لقانون.

اعطي بهذا موافقتي لإجراء العلاج الكيميائي

التاريخ	الساعة	توقيع المعالجة
---------	--------	----------------

اسم الوصي (قراية للمتعالج)	(في حالة فاقد أهلية أو قاصر أو مريض نفسي)
----------------------------	---

اصادق بهذا انني شرحت شفها للمريض ا للوصى ا للمترجم الخاص بالمريض كل ما تم ذكره أعلاه بالتفصيل المناسب وأنه قد وقعنا على الموافقة أمامي عد أن اقتنعت انه فهمت توضيحاتي بالكامل.

اسم الطبيب	توقيع الطبيب	التاريخ والساعة
------------	--------------	-----------------

اسم المترجمة	القراية للمريض
--------------	----------------