

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0081/5523/ONEPH/KDNY/אוגוסט 2005

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי של כליה KIDNEY BIOPSY/FINE NEEDLE ASPIRATION استمارة موافقة: وخذ تشخيصي كلوي

יُجرى الوخذ لغرض الحصول على عينة نسيجية أو خلايا من الكلية، وذلك لغرض تحديد التشخيص، و/أو لتقييم مدى التغييرات/درجة المرض/مدى تقدم المرض و/أو لتقييم الإمكانات العلاجية للمرض الكلوي.

يُجرى الوخذ عن طريق استخدام إبرة مخصصة لهذا الغرض. وغالبًا ما يُجرى الوخذ بمساعدة وسائل محاكاة (تمثيل) خاصة بالتصوير الثلاثي الأبعاد. ويتم بمساعدة الإبرة شفط خلايا/نسيج، ويتم نقلها لفحص خاص يبحث الخلايا، خاصًة ببحث الأمراض (باثولوجي) و/أو مُسْتَنْبَت و/أو فحوصات أخرى وفق الحاجة. وفي أغلب الحالات تكون مدة العملية قصيرة. هناك حالات لا يكون فيها من الممكن الحصول على نسيج كافٍ للفحص، حيث تكون هناك حاجة إلى تكرار العملية مرّة أخرى.

يُجرى الفحص عادةً تحت تأثير التخدير الموضعي.

اسم المريض/ة/שם החולה:

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

אשרח وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة

اسم العائلة/ שם משפחה | الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن الحاجة إلى إجراء وخذ تشخيصي كلوي (فيما يلي: "الفحص").

وضّح لي أنه من المتوقع أن يطرأ خلال الفحص شعور بعدم الراحة والألم في منطقة الوخذ. وفي بعض الأحيان يظهر في مكان الوخذ من الجلد نزيف دم موضعي، ينعكس بتغير اللون وبالحساسية الطفيفة. العارض الجانبي الذي يظهر كثيرًا بعد الفحص هو النزيف المصاحب للبول، الذي لا يُرى إلا بالمجهر (الميكروسكوب) (ميكروهمتوريا). حيث يزول هذا العارض الجانبي عادةً من تلقاء نفسه خلال وقت قصير من دون الحاجة إلى العلاج.

وقد وضّحت لي، كذلك، المخاطر والمضاعفات المحتملة للفحص، بما في ذلك: البول الدموي (ماكروهمتوريا)، الذي يزول عادةً من دون إعطاء علاج. في أحيان متباعدة يكون النزيف ملحوظًا و/أو متواصلًا، وهو من الممكن أن يستوجب نقل دم، وأن يستوجب في حالات متباعدة جدًا تدخلًا متغلغلًا تحت تصوير رنتجن أو تدخلًا جراحيًا. من المحتمل، أيضًا، حدوث نزيف طفيف حول الكلية (هيمتوما) لا يكون مصحوبًا عادةً بظواهر طبية، ولكن من المحتمل حدوث انخفاض طفيف في مستوى الهيموجلوبين. وفي أحيان متباعدة جدًا، وكنتيجة لانتقال الإبرة عن طريق نسيج دهني تحت الجلد وعضلة، من المحتمل حدوث نزيف في الأنسجة اللينة (هيمتوما) حيث سينعكس بالألم وبانفتاح في الخصر. وفي أحيان نادرة، تلتهب الهيمتوما وتكون هناك حاجة إلى علاج بالمضادات الحيوية و/أو إجراء تصريف جراحي.

وفي أحيان متباعدة جدًا من المحتمل حدوث إصابة في وعاء دموي خارجي للكلية، تؤدي إلى توسع موضعي لجدار الوعاء الدموي (أنورسما) حيث من الممكن أن يستوجب إصلاحًا جراحيًا. هناك احتمال لتشكّل ممرّ بين عرق ووريد صغيرين داخل الكلية (AV fistula). وعادة ما لا يكون لذلك مضمون طبي، حيث إن كلاً تقريبًا تنغلق بنفسها مع الوقت. وفي حالات نادرة سيُتسبب بإصابة الأعضاء القريبة وهو ما سيستوجب علاجًا و/أو عملية جراحية. أعطي بهذا موافقتي على إجراء الفحص.

إنني אשרح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا، وبأنني أدرك أنّ هناك احتمالًا لأن يتضح في أثناء الفحص وجود حاجة إلى توسيع محيطه، إلى تغييره، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية أخرى، من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملةً، غير أنّ معناها وضّح لي. وبناءً عليه، إنني أوافق على ذلك التوسيع، أيضًا، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، سنكون، كما يعتقد أطباء المؤسسة، حيويةً أو مطلوبةً في أثناء الفحص.

تُعطي بهذا موافقتي، أيضًا، على إجراء تخدير موضعي، بعد أن وضّحت لي المخاطر المحتملة للتخدير الموضعي، بما في ذلك ردّ الفعل التحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير. إذا تقرّر إجراء الفحص تحت تأثير التخدير العام فساتلقى شرحًا عن التخدير من اختصاصي تخدير.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن يقوم بالفحص والإجراءات الأخرى جميعها من سيقلي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُجرى عليها كلاً أو أن يُجرى قسمًا منها شخص معين، بشرط أن تُجرى بالمسؤولية المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة/ החתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر/ة، أو مريض/ة نفسانية) /
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

اسم الوصي (القرابة) / שם האפוטרופוס (קירבה)

أقرُ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة/לווסי* على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ه/ وقّعت/وقّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعتت بأنّها/ه/ فهمت/فهم شروحي كاملةً.

رقم الرخصة/ מס' רישיון

توقيع الطبيب/ة/ חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה

*يرجى شطب الزائد/ מחקי/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל
איגוד ישראלי לנפרולוגיה ויתר לחק דם

