

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' OCARD/ ECHO/8872/192 מאי 2007

## טופס הסכמה: בדיקת אקו לב דרך הוושט Transesophageal Echocardiogram (TEE) استمارة موافقة: فحص صدى القلب عن طريق المريء

يقوم الفحص باختبار مبنى القلب ونشاطه من خلال استخدام أمواج فوق صوتية (أولتراساوند). فلغرض الحصول على صورة أكثر تفصيلاً للقلب (مما هي عليه في فحص الصدى العادي) يتم إدخال أنبوب لين إلى المعدة عن طريق المريء يصل قطره إلى نحو 1 سم (منظار داخلي) في طرفه مُحوّل طاقي. يتم تنفيذ الفحص بعد تخدير الحلق بمساعدة الرشّ بمادّة معيّنّة، وعادة ما يكون ذلك، أيضاً، عن طريق تخدير جزئيّ من خلال إعطاء دواء مهدئ عن طريق الوريد. يتم إجراء الفحص بالاستلقاء على الجنب الأيسر، ويستغرق الفحص، عادة، 10-20 دقيقة.

اسم المريض/ %/ שם החולה: \_\_\_\_\_  
اسم العائلة/ שם משפחה \_\_\_\_\_  
الاسم الشّخصي/ שם פרטי \_\_\_\_\_  
اسم الأب/ שם האב \_\_\_\_\_  
رَقْم الهويّة/ ת.ז. \_\_\_\_\_

أصْرَح وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً شفهيّاً مفصّلاً من الدُّكتور/ة \_\_\_\_\_  
اسم العائلة/ שם משפחה \_\_\_\_\_  
الاسم الشّخصي/ שם פרטי \_\_\_\_\_  
عن مجرى فحص صدى القلب عن طريق المريء (فيما يلي: "الفحص الأساسي").

إنني أصْرَح وأقرُّ بهذا بأنني تلقّيت شرحاً عن العوارض الجانبية المتعلقة بالفحص الأساسي، بما في ذلك: الغثيان، السعال العابر، أو الشعور بألم طفيف في الحلق بعد الفحص.

وقد وُضّح لي كذلك أن الخطر الكامن في الفحص، وإن كان نادراً جداً، هو حدوث نزيف أو تمزّق في المريء، خصوصاً لدى المرضى الذين يعانون تضيق المريء و/أو اضطراباً في البلع. فقد تكون هناك حاجة في هذه الحالات إلى إجراء تصحيح بعملية جراحية. وفي حالات أكثر نُدرة، من الممكن أن يؤدي هذا التعقيد إلى الوفاة.

المرضى الذين يعانون تقلقل أو تسوس الأسنان من الممكن أن يلحق ضرر بأسنانهم.

أمنح بهذا موافقتي على إجراء الفحص الأساسي.

تُعطى موافقتي بهذا، أيضاً، على إجراء تخدير موضعيّ عن طريق الرشّ بمادّة معيّنّة، وعلى إجراء تخدير جزئيّ عن طريق الحقن بموادّ مه دنة في الوريد بعد أن وُضّح لي أن الأدوية المهدّنة من الممكن أن تؤدي إلى اضطرابات في التنفس خصوصاً لدى المصابين بمرض رئويّ صعب. وقد وُضّح لي كذلك أنه في حال التخدير الجزئيّ قد يتم استنشاق محتويّ معدّيّ إلى الرئتين خصوصاً لدى المفحوصين غير الصائمين.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن يُنفّذ الفحص الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها من سبيلقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُجرىها كلها أو أن يُجري قسمًا منها شخص معيّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، وبالمخضوع إلى القانون.

التّاريخ/ تاريخ \_\_\_\_\_  
السّاعة/ שעה \_\_\_\_\_  
توقيع المريض/ %/ חתימת החולה/ה \_\_\_\_\_

توقيع الوصيّ (في حالة قُفد الأهليّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيّ)/

اسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيّاً للمريض/ة / للوصيّ على المريض/ة\* كلّ ما ورد أعلاه بالتّفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كاملّة.

رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון \_\_\_\_\_

توقيع الطّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_

اسم الطّبيب/ة/ שם הרופא/ה \_\_\_\_\_

\*يُرجى شطب الزّائد/ محق/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



הסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הקרדיולוגי בישראל