

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 1999/ASPIR/BIOPS/9999/0064 / יולי 1999

טופס הסכמה: דיקור אבחנתי

FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY

إستمارة موافقة: الوخز التشخيصي

יتم الوخز لهدف تلقى عينة نسيجية أو خلية، لضرورة تحديد تشخيص و/ أو تقدير مدى التغيرات/ مرحلة المرض في العضو الهدف، ومدى انتشار المرض.

يتم الوخز بواسطة استخدام إبرة مخصصة لهذا الغرض. يتم الوخز، أحياناً، بوسائط تخيلية. بمساعدة الإبرة، تُشفط خلايا/ أنسجة، وترسل إلى فحص خلوي، فحص باثولوجي، و/ أو فحص تنموي حسب الحاجة. مدة عملية الوخز قصيرة، في أغلب الأحيان. هناك حالات لا يمكن فيها تلقي نسيج كافٍ للفحص فتكون حاجة إلى تكرار العملية مرة أخرى. يُقرر في الحاجة إلى إعطاء تخدير بمراعاة سنّ المعالج ونوعية الوخز.

اسم المريض/ שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رقم الهوية/ ת.ז.
أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت توضيحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور			
اسم العائلة/ שם משפחה		الاسم الشخصي/ שם פרטי	

عن الحاجة إلى تنفيذ * FINE NEEDLE ASPIRATION / NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY

من (في ما يلي: "الفحص الأساسي").

أذكر اسم العضو/ ציין שם האיבר

وضّح لي أنه يُتوقع- في أثناء الفحص- الشعور بعدم الراحة وبالألم في موضع الفحص. يظهر، في مكان الوخز، أحياناً، نزيف موضعي. كما وضّحت لي المخاطر والمضاعفات المحتملة من جرّاء الفحص الأساسي بما فيها: الألام المستمرة، التلوث في مكان الوخز، و/ أو في العضو الهدف، النزيف المستمر، المتطلب- في بعض الحالات- الإيواء في المستشفى للرّقابة. يتطلب النزيف- في أحيان بعيدة- نقل دم أو عملية لوقف النزيف. يُنسبب- في أحيان نادرة- بضرر لأعضاء قريبة، ويتطلب ذلك علاجاً. من الممكن- في الأحيان الأكثر ندرة- أن تنتهي هذه المضاعفات بالموت.

أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ الفحص الأساسي.

أعلن بهذا وأقر بأنه وضّح لي وإبني لمُدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يَنصح- في أثناء الفحص الأساسي أو بعده- أنّه توجد حاجة إلى توسيع محيطه، إلى تغييره، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية، من غير الممكن توقعها، الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أنّ معناها وضّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق على ذلك التوسيع، أيضاً، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المؤسسة- حيوية أو مطلوبة في أثناء الفحص الأساسي.

تُعطي بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي، بعد أن وضّحت لي الأخطار المُحتملة في التّخدير الموضعي، بما في ذلك رد فعل حسّي (حساسية)- بدرجات مختلفة- للموادّ المخدّرة. إذا تقرّر إجراء الفحص الأساسي تحت تأثير تخدير عامّ فسألتني توضيحاً عن التّخدير من قبل اختصاصي التّخدير. أنا على علم ووافق على أن يُنفذ الفحص الأساسي والإجراءات الأخرى كلّها بيد من سيلقى عليه أمر ذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّي لم أتلّق وعداً بأنّها سيجري كلّها أو قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤوليّة المتّبعة في المؤسسة الخاضعة للقانون.

التاريخ/ תאריך	الساعة/ שעה	توقيع المريض/ חתימת החולה
----------------	-------------	---------------------------

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض، نفسانياً)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
--	--

أقر بهذا بأنني وضّحت شفهياً للمريض/ للوصي على المريض * الوارد أعلاه كلّهُ بالتفصيل المطلوب، وبأنّه/ ها وقّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ ها فهم/ ت توضيحاتي كاملةً.

اسم الطبيب/ שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/ חתימת הרופא/ה	رقم الرخصة/ מס' רשיון
------------------------	-----------------------------	-----------------------

* أشطب/ י הז'אנד/ מחקי את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל