



1000549

لصق بطاقة المريض

أو

اسم المريض

اسم الجراح

رقم السجل الطبي/تاريخ الميلاد

موافقة على القيام بإجراء طبي/عملية ربط قناتي فالوب

أنا _____ (اسم المريض/ الوصي القانوني)، أفوض بموجب هذا

الدكتور _____ (اسم الطبيب أو طبيب الأسنان أو الجراح المسؤول) مع

المساعدين الذين قد يعينهم، بالإضافة إلى الأشخاص الآخرين الذين يلزم مشاركتهم في تنفيذ الإجراء الطبي/ العملية، والذين قد لا يكونون معروفين الآن، ولكن يشمل ذلك الأشخاص المذكورين في الصفحة الثانية، والمكلفين بتنفيذ الإجراء الطبي/ العملية التالية:

ربط قناتي فالوب: منع إنجاب دائم.

(اسم الإجراء الطبي/ العملية مع وصف موجز)

سوف تُسجّل أسماء الأشخاص المشاركين في الإجراء الطبي/ العملية ومناصبهم في السجل الطبي. وأدرك أنه يحق لي طلب نسخة من سجلي الطبي. كما أنني أصرح أيضاً بإجراء أي عمليات أو إجراءات طبية إضافية يلزم القيام بها وفق النتائج التي تظهر أثناء تنفيذ الإجراء الطبي/ العملية المذكورة. ويجوز لمركز بوسطن الطبي التخلص من أي أنسجة أو أجزاء تمت إزالتها جراحياً من جسدي، وفقاً للممارسات المعتادة. تم شرح طبيعة العملية ومداهما والغرض منها، والطرق البديلة الممكنة أو العلاجات (بما في ذلك اختيار عدم الخضوع للعلاج)، والمخاطر التي تنطوي عليها، وإمكانية حدوث مضاعفات، شريحاً وافيّاً لي. وأدرك أن للإجراء الطبي مخاطر كبرى أو مضاعفات قد تحدث، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: حدوث عدوى، ونزيف، وتلف أنسجة الأمعاء والمثانة والرحم، والمخاطرة بحدوث حمل بنسبة تتراوح بين 3 إلى 5 من كل 1000 امرأة، مع زيادة خطر الحمل خارج الرحم (الحمل في قناة فالوب)، إن حدث حمل.

أقر بأنه لا توجد ضمانات لنتائج هذا الإجراء الطبي/ العملية.

أدرك أن طبيبي قد يحتاج إلى مغادرة غرفة العمليات أثناء الإجراء الطبي/ العملية. وقد شرح لي الطبيب/ الجراح المختص بحالتي أسباب غيابه المحتمل وأجاب عن جميع أسئلتي المتعلقة بذلك.

أدرك أن هذا الإجراء الطبي/ العملية قد يكون له قيمة تعليمية أو علمية. وإذا كان من المقرر إجراء تصوير إكلينيكي (التسجيل عن طريق التصوير الفوتوغرافي أو الفيديو، أو عن طريق الوسائط الإلكترونية أو الصوتية)، يجب على الطبيب إخباري مسبقاً بشأن استخدام التصوير الإكلينيكي والغرض منه، متى أمكن. وأدرك أنه من حقي رفض أي تصوير إكلينيكي.

أوافق على إعطائي (نقل) كمية من الدم أو مشتقاته أثناء هذا الإجراء الطبي/ العملية أو في فترة ما بعد الجراحة مباشرة، إذا أشار الطبيب بذلك. وأدرك أن هذا ينطوي على مخاطر إضافية، تشمل على سبيل المثال لا الحصر: حدوث حمى وردود فعل تحسسية، وانتقال أمراض مثل الالتهاب الكبدي، وفيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز، والفيروس المضخم للخلايا، وزيادة حمل السوائل (فرط حجم الدم).

في حالة رفض نقل الدم أو مشتقاته: لقد شرح لي الطبيب/ الجراح المختص بحالتي مخاطر رفض نقل الدم أو مشتقاته، إذا تقرر أنه من الضروري القيام به أثناء الإجراء الطبي/ العملية المقترحة. وأدرك أن رفضي لنقل الدم، إذا كان ضرورياً أثناء هذا الإجراء الطبي/ العملية أو بعدها مباشرة، قد يعرضني لخطورة أكبر من المضاعفات أو العواقب الوخيمة التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: تلف الدماغ والنوبة القلبية والسكتة الدماغية والفشل الكلوي (مما قد يؤدي إلى الحاجة إلى غسل الكلى)، ووضع أنابيب لفترات طويلة، والعجز الدائم والوفاة. ومع ذلك، فأنا أرفض نقل الدم أو مشتقاته.

توقيع المريض بالأحرف الأولى: _____

أدرك أنه من الممكن أن يحضر شخص أو أكثر من المهنيين في مجال الرعاية الصحية (الممثلين التقنيين لشركات المعدات والأجهزة الطبية) هذا الإجراء الطبي/ العملية للأغراض الاستشارية المتعلقة بمنتج ما فقط.

إذا كان من المقرر استخدام التخدير أثناء هذا الإجراء الطبي/ العملية للسيطرة على الألم، فأنا أدرك أن هذه الطريقة من طرق السيطرة على الألم تنطوي على مخاطر. وتشمل هذه المخاطر على سبيل المثال لا الحصر: انخفاض ضغط الدم مما قد يتطلب إعطاء سوائل عن طريق الوريد وأدوية أو أيهما، وصعوبة في التنفس مما قد يتطلب دعمًا تنفسيًا. ومن أكثر الآثار الجانبية شيوعاً للتخدير الغثيان والقيء. وفي حالات نادرة، قد تحدث ردود فعل تحسسية أو سكتة قلبية (توقف القلب). وأدرك أنني قد أشعر بالألم، حتى بعد تلقي التخدير.

**موافقة على القيام بإجراء طبي/عملية
ربط قناتي فالوب**

أقر بأنني قد قرأت الموافقة المدرجة أعلاه وفهمتها بالكامل، وأنه قد تم شرحها لي، وأن الطبيب/ الجراح قد أجاب عن جميع أسئلتني. وأوافق على هذا الإجراء الطبي/ العملية.

يجب تسجيل التاريخ والوقت

توقيع الاسم: _____ كتابة الاسم: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____ المريض

توقيع الاسم: _____ كتابة الاسم: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____
بديل ولي الأمر/ الوصي (إن وجد)

توقيع الاسم: _____ كتابة الاسم: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____ مقدم الخدمة/ الطبيب/ الجراح

لقد قمت بالترجمة الفورية لشرح مقدم الخدمة. (يجب أن يوقع المترجم الفوري أدناه، إن وجد)

توقيع الاسم: _____ كتابة الاسم: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

اليوم المُحدَّث للإجراء الطبي/ العملية، إن وجد						
المشاركون	الاسم	السنة	المريض (الأحرف الأولى)	التاريخ	الوقت	
<input type="checkbox"/>	طبيب زميل					
<input type="checkbox"/>	طبيب مقيم					
<input type="checkbox"/>	مساعد طبيب					
<input type="checkbox"/>	مرضة مُعتمدة					
<input type="checkbox"/>	مرضة قابلة مُعتمدة ممارسة					
<input type="checkbox"/>	غير ذلك					
اليوم المُحدَّث للإجراء الطبي/ العملية، إن وجد						
المشاركون	الاسم	السنة	المريض (الأحرف الأولى)	التاريخ	الوقت	
<input type="checkbox"/>	طبيب زميل					
<input type="checkbox"/>	طبيب مقيم					
<input type="checkbox"/>	مساعد طبيب					
<input type="checkbox"/>	مرضة مُعتمدة					
<input type="checkbox"/>	مرضة قابلة مُعتمدة ممارسة					
<input type="checkbox"/>	غير ذلك					