

Patient Name _____

Surgeon Name _____

MRN/DOB _____



1000546

موافقة على القيام بإجراء طبي/عملية
محاولة إجراء ولادة طبيعية بعد ولادة قيصرية (LAC)
(Trial of Labor after Cesarean LAC)

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

مقدم الخدمة _____ مع (اسم الطبيب، الممرضة القابلة، طبيب الأسنان أو الجراح المسئول)

مع المساعدين الذين قد يكلفهم، 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، بتنفيذ الإجراء الطبي/ العملية التالية:

محاولة إجراء ولادة طبيعية بعد ولادة قيصرية (LAC)، ولادة طبيعية، وتوسيع، وتحفيز الولادة (الطلق الصناعي)، وإعطاء أدوية مثل ميزوبروستول وأوكسيتوسين، وشق الفرج، أو ولادة بالشفط، وإجراء عملية قيصرية طارئة وتوفير الرعاية الطارئة للطفل بعد الولادة بما في ذلك: الإنعاش ووضع أنابيب ونقل الدم: القيام بالولادة الطبيعية والتوليد المهبل، وشق فتحة المهبل، والتوليد بمساعدة الأجهزة، ورعاية الطفل، بما في ذلك: وضع أنبوب تنفسي في القصبة الهوائية، ووضع قساطر في الحبل السري، ونقل دم للطفل

(اسم الإجراء الطبي/ العملية مع وصف موجز)

سوف تُسجل أسماء الأشخاص المشاركين في الإجراء الطبي/ العملية ومناصبهم في السجل الطبي. وأدرك أنه يحق لي طلب نسخة من سجلي الطبي.

كما أنني أصرح أيضًا 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 جراحيًا من جسدي، وفقًا للممارسات المعتادة.

تم شرح طبيعة العملية ومداها والغرض منها، والطرق البديلة الممكنة أو العلاجات (بما في ذلك اختيار عدم الخضوع للعلاج)، والمخاطر التي تنطوي عليها، وإمكانية حدوث مضاعفات، شرحًا وافيًا لي. وأدرك أن للإجراء الطبي مخاطر كبرى أو مضاعفات قد تحدث، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

تشمل المخاطر التي قد تتعرض لها المريضة، كثرة الانقباضات، وحدوث انقباضات شديدة للغاية، وقد لا يتحمل الجنين الانقباضات، واحتمال الاضطرار إلى إجراء ولادة قيصرية، وحدوث عدوى، ونزيف، وتلف أنسجة المهبل والأمعاء والمثانة والحالبين والرحم، ونقل الدم، واحتمالية إصابة الطفل، واحتمالية استئصال الرحم (إزالة الرحم). وعلى وجه التحديد، زيادة خطر ثقب جدار الرحم، مع مخاطر حدوث نزيف للأُم والحاجة إلى نقل دم أو استئصال الرحم، وخطر تعرض الأم للوفاة، وزيادة خطر إصابة دماغ الجنين أو وفاته. وتشمل المخاطر التي قد يتعرض لها الطفل: تلف أنسجة الحلق أو القصبة الهوائية، وتجلط الدم حول القسطرة، والنزيف وأنواع العدوى التي تنتقل عبر الدم.

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 مسبقًا 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 التهاب الكبد، وفيروس نقص المناعة البشرية المسبب لمرض الإيدز، والفيروس المُضَيِّم للخلايا، وزيادة جمل 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 ضروريًا 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، فانا أرفض نقل الدم أو مشتقاته.

توقيع المريضة 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.

موافقة على القيام بإجراء طبي/عملية
محاولة إجراء ولادة طبيعية بعد ولادة قيصرية (LAC)
(Trial of Labor after Cesarean LAC)

إذا كان من المقرر استخدام التخدير أثناء هذا الإجراء الطبي/ العملية للسيطرة على الألم، فأنا أدرك أن هذه الطريقة من طرق السيطرة على الألم تتطلب على مخاطر. وتشمل هذه المخاطر على سبيل المثال لا الحصر: انخفاض ضغط الدم الذي قد يستلزم سوائل الحقن الوريدي و/أو أدوية وصعوبة التنفس التي قد تحتاج إلى تدخل للمساعدة على التنفس. 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.

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.

MUST RECORD DATE/TIME

Sign _____ Print _____
Name: _____ Date: _____ Time: _____
Patient

Sign _____ Print _____
Name: _____ Date: _____ Time: _____
Parent/Guardian Surrogate (if applicable)

Sign _____ Print _____
Name: _____ Date: _____ Time: _____
Provider/Physician/Surgeon

I interpreted the provider's explanation. (Interpreter must sign below, if applicable)

Sign _____ Print _____
Name: _____ Date: _____ Time: _____

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
☐	Fellow					
☐	Resident					
☐	Physician Assistant					
☐	Certified Nurse Midwife					
☐	Certified Nurse Practitioner					
☐	Other					

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
☐	Fellow					
☐	Resident					
☐	Physician Assistant					
☐	Certified Nurse Midwife					
☐	Certified Nurse Practitioner					
☐	Other					