|  |
| --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל |

גרסה 12/17

نسخة 12/17

טופס הסכמה ל- نموذج موافقة ل-

**יצירת נצור עורקי-ורידי (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה   
اجراء قسطرة شريانية - وريدية (أولية أو اصطناعية) لاستخدامها في غسيل الكلى  
 Arterial-venous fistula (primary or synthetic) for hemodialysis**

الهدف من الجراحة هو إنشاء الشرايين الوريدية لاستخدامها أثناء غسيل الكلى.

سيتم إجراء الجراحة عن طريق توصيل الوريد بشريان أساسي أو باستخدام غرسة اصطناعية.

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים(

طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية: (أحط بدائرة الطريقة المناسبة)

**ללא הרדמה / כללית / אזורית / מקומית**

**بدون تخدير / عام / جانبي / موضعي**

**שם המטופל/ اسم المريض:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה اسم العائلة** | **שם פרטי الاسم الشخصي** | **ת.ז. رقم بطاقة الهوية** | **שם האב اسم الأب** |

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

أنا أصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحًا مفصّلا وشفهيًا من الطبيب:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחה اسم العائلة** | **שם פרטי الاسم الشخصي** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך التاريخ** | **שעה الساعة** | **חתימת המטופל توقيع المريض** |

על הצורך בביצוע יצירת נצור עורקי-ורידי (ראשוני או סינטטי) לשימוש בהמודיאליזה.

حول الحاجة في إجراء قسطرة شريانية- وريدية (أولية أو اصطناعية) لاستخدامها في غسيل الكلى.

|  |  |
| --- | --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל   |  | | --- | |  | |

كذلك، تلقيت شرحًا مفصلا حول البدائل العلاجية الحالية لمعالجة الحالات مثل غسيل الكلى عن طريق القسطرة المركزية وغسيل الكلى (البريتوني).

أنا أصرح وأؤكد أني قد تلقيت شرحت حول الآثار الجانبية، بما في ذلك: الألم، وعدم الراحة وتورم في منطقة الساعد أو الذراع.

كذلك، اتضح لي، وأنا أفهم / أنه قد يكون هناك احتمال أنه أثناء إنشاء قسطرة شريانية - وريدية (أولية أو اصطناعية) لاستخدامها في غسيل الكلى يتبين أن هناك حاجة باتخاذ إجراءات علاجية لإجراء تحليل مثل: ترومبكتوميا (إزالة جلطات الدم في الوريد) أو إصلاح الشريان الرئيسي أو عن طريق الشماعات- ملصق للمريض.

كذلك، تلقيت شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك النزيف الموضعي والعدوى المحلية وتورم في اليد أو إنسداد أو انقباض في الناسور بعد العملية الجراحية مع ضرورة إجراء عملية جراحية أو إعادة اجراء قسطرة لتحسين وظيفة الناسور بالإضافة الى انخفاض تدفق الدم إلى اليد (متلازمة سرقة - steal) حتى يتم إغلاق الناسور.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك، أني تلقيت شرحًا مفصلا وأنا أفهم بأن هناك احتمال أنه اثناء إنشاء الشرايين الوريدية (الأولية أو الاصطناعية) لاستخدامها في غسيل الكلى الحاجة إلى توسيع نطاق أو تعديل أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لا يمكن التنبؤ بها لغرض إنقاذ حياة أو منعا للأضرار الجسدية. لذلك، أوافق أيضا على توسيع أو تعديل أو اتخاذ أي إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك الإجراءات التي ستكون ضرورية في رأي الأطباء في المستشفى أو لازمة خلال الجراحة / العلاج الأساسي.

كما أوضح لي أنه إذا تم إجراء العملية تحت التخدير العام / جانبي / انسداد عصبي

سيتم إعطاء شرح لي حول التخدير من قبل أطباء التخدير.

إذا تم إجراء عملية إنشاء شريان وريدي (أولي أو صناعي) لغسيل الكلى تحت تأثير التخدير الموضعي, فانا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد بعد أن أبلغت بمخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي، بما في ذلك الاصابة بالحساسية بدرجات متفاوتة بسبب التخدير والمضاعفات المحتملة للمهدئات، والذي نادرًا ما يسبب اضطرابات في الجهاز التنفسي وعدم انتظام ضربات القلب، لا سيما في مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

معلومٌ لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء العملية الجراحية في المراقبة والإشراف الكامل.

وأنا أعلم وأوافق على أن أي إجراء لإنشاء الشريان الوريدي (الابتدائي أو الاصطناعي) لاستخدام غسيل الكلى وكافة الإجراءات الرئيسية الأخرى سوف يتم إجراؤها من قبل المسؤول عن ذلك، وفقاً للإجراءات والقوانين والتعليمات المعمول بها في المؤسسة، وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجرائها، كليا أو جزئيا من قبل شخص معين شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤولية المعتمدة في المؤسسة مع مراعاة القانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי:

أنا أعطي موافقتي بموجب ذلك بإجراء هذا العمل الجراحي الرئيسي:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך التاريخ** | **שעה الساعة** | **חתימת המטופל توقيع المريض** |

|  |  |
| --- | --- |
| שם המוסד הרפואי / לוגו  מדבקת המטופל   |  | | --- | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס (קירבה למטופל) اسم الوصي  (صلة القرابة مع المريض)** | **חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש) توقيع الوصي  (في حال قاصر أو غير كفؤ أو مختل عقليا)** |

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

**أنا أؤكد بذلك أني شرحت شفهيا للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة** جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/انها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه/انها فهم/ت تفسيري بشكل تام.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת) اسم الطبيب (ختم)** | **חתימת הרופא توقيع الطبيب** | **תאריך ושעה التاريخ والساعة** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת اسم المترجم/ة** | **קשריו לחולה  صلته بالمريض (ة)** |