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

نسخة/גרסה 12/16

טופס הסכמה ל - نموذج موافقة ل-

**אנדוסקופיה של מערכת העיכול/ تنظير الجهاز الهضمي  
Gastrointestinal Endoscopy**

المنظار عبارة عن أنبوب مرن يحتوي بداخله على ألياف بصرية وكاميرا فيديو, والتي من خلالهم يمكننا رؤية, قنوات والتي يمكنك من خلالها نقل أجهزة لغرض أخذ خزعات, استئصال السليلة المخاطية (بوليبات), حرق بقع الدم, علاج الدوالي وإزالة أي جسم غريب.

גتراوح طول المنظار 20,1- 80,1 مترا, وقطره حوالي 1.0 بوصة, ويمكن أن يساعد على فحص الجهاز الهضمي العلوي والسفلي قبل إجراء الفحص يحصل المريض, عادة، على أدوية التخدير و/أو مادة تشويش/أو مخدر موضعي للحد من الانزعاج وعدم الراحة خلال هذا الفحص.

عندما يتعلق الأمر بفحص الجهاز الهضمي العلوي (تنظير المريء وتنظير المعدة) يتم إدخال المنظار عن طريق الفم. عندما يتم فحص الجهاز الهضمي السفلي (التنظير السيني, تنظير القولون) يتم إدخال المنظار من خلال فتحة الشرج. وفيما بعد يتم إدخال أجهزة أخرى تبعا للإجراءات المطلوبة. عادة ما تتراوح مدة الفحص, بين 15 دقيقة الى ساعة. أثناء أو بعد الفحص قد يحدث شعور بعدم الراحة وانتفاخ في البطن. القدرة على الدقة/تشخيص الآفات والإصابات يعتمد على نوعية التحضير للفحص وبنية الأمعاء ومن المعروف أن هناك آفات لا يتم تشخيصها حتى بعد الفحص بالمنظار.

**שם הנבדק: اسم المريض/ة**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **ת.ז.** | **שם האב** |

**اسم العائلة الاسم الشخصي بطاقة الهوية اسم الأب**

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

أنا أصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحا مفصّلا وشفهيا من الطبيب:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** |

**اسم العائلة الاسم الشخصي**

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

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

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

الحاجة إلى إجراء \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **تشخيصية و/أو علاجية** بما في ذلك أخذ خزعات، استئصال   
 اسم العملية

بوليبات، حرق البقع أو مناطق الدم، علاج الدوالي وإزالة جسم غريب, وعلاج آخر, , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (فيما يلي "العلاج الرئيسي").

كما وأوضح لي حول وجود بدائل تشخيص و/أو بدائل علاجية أخرى, إيجابياتها, سلبياتها, والأثار الجانبية لها والمضاعفات المحتملة التي قد تنتج عنها.

تلقيت شرحا عن الآثار الجانبية للعلاج الأساسي بما في ذلك الألم, وعدم الشعور بالراحة في الحلق (تنظير الجهاز الهضمي العلوي), والشعور بانتفاخ في البطن.

كذلك، تلقيت شرحا عن المضاعفات المحتملة, بما في ذلك نزيف أو تمزق / ثقب في جدار الأمعاء أو جزء آخر من الجهاز الهضمي. هذه المضاعفات نادرة، ولكنها يمكن أن تتسبب, في بعض الحالات، بدخول المستشفى لعلاج إضافي وإصلاح جراحي. فحص الجهاز الهضمي العلوي يمكن أن يسبب ضررا للأسنان بسبب إدخال المنظار عن طريق الفم.

أنا أصرّح/ وأؤكد/ بموجب ذلك وقد شرح لي وأنا أفهم ذلك/ قد نكون هناك إمكانية إجراء العلاج الرئيسي أو فور الانتهاء منه نتيجة للانثقاب أو نزيف كبير قد يتبين أن هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية, بما في ذلك عمليات جراحية أخرى لإنقاذ حياة أو منع أي ضرر جسماني, وأنا موافق/ة أيضا على تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية, بما في ذلك عمليات جراحية إضافية وفقا لما يراه أطباء المؤسسة, على أن تكون ضرورية أو مطلوبة كما ورد.

أنا أوافق بذلك لتشمل توفير العقاقير المخدرة و/أو المسكنات/أو تخدير موضعي, بعد أن شرح لي عن استخدام هذه الأدوية ونادرا ما قد يسبب, اضطرابات الجهاز التنفسي واضطرابات في القلب, وخاصة في المرضى الذين يعانون من أمراض الجهاز التنفسي وأمراض القلب, والمخاطر المحتملة للحساسية من المخدر أي البنج.

معلوم لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي, في أثناء العملية الجراحية قد يشارك جزء من الطلاب بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بموجب هذا بأن العلاج الرئيسي وجميع الإجراءات الأساسية سوف يتم تنفيذها من قبل كل من يتم تعيينه للقيام بذلك وفقا للإجراءات والأحكام المتبعة في المركز الطبي, ولا يوجد هناك ضمان لاتخاذها, كليا أو جزئيا, من قبل شخص معين وأن يتم تنفيذها بمسؤولية تامة فقط ووفقا للقانون.

إنني أصرّح وأؤكد بهذا, بأني تلقيت شرحا مفصلا عن تفاصيل العلاج, وأؤكد أني فهمته وأجابوا على اسئلتي بصورة كاملة وعلى النحو الذي يرضيني.

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **חתימת המטופל/נבדק** |

**التاريخ الساعة توقيع المتعالج/المريض**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)** | **חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)** |

**اسم الوصي توقيع الوصي**

**(صلة القرابة بالمريض/ة) ( في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה** (נא להקיף בעיגול) 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** (ضع دائرة) جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيري بشكل تام.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)** | **חתימת הרופא** | **תאריך ושעה** |

**اسم الطبيب (ختم) توقيع الطبيب التاريخ والساعة**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת** | **קשריו לחולה** |

**اسم المترجم/ة صلته بالمريض/ة**