

טופס הסכמה: אורטרוסקופיה
استمارة موافقة: الأورتروسكوبيا
URETEROSCOPY

الأورتروسكوبيا جهاز صلب أو لين مجهر بمنظار، يُمكن بواسطته استعراض المسالك البولية العليا، ويُمكن عن طريقه نقل أجهزة مختلفة كالملاقط، القساطر بالبالون، أو سليلات ومحطّمت حجارة من أنواع مختلفة، لغرض تشخيص أورام وعلاجها، حصّى، تضيقات وغيرها. يُدخل الجهاز عبر القناة البولية، تحت تأثير تخدير موضعي، ناحي أو عام. غالبًا ما يُبقى في نهاية الأورتروسكوبيا قسطر داخلي في القناة البولية، بين الكليّة وكيس البول، لغرض التمكن من تصريف الكليّة حتى زوال التورم الناتج عن العملية.

اسم المريض/ة / שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי اسم الأب/ שם האב رقم الهوية/ ת.ז.

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحًا شفيقًا مفصّلًا من الدكتور

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن الحاجة إلى إجراء أورتروسكوبيا تشخيصية و/ أو علاجية*. فصل إمكانيات العلاج المُخطّط

(في ما يلي: "العلاج الأساسي").

وُضّحت لي البدائل التشخيصية الممكنة في ظروف الحالة، الاحتمالات والمخاطر المنوطة بكل منها. أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحًا، وإبّنتي مدرك / ة أنّ هناك احتمالًا لأن يتّضح - في أثناء العلاج الأساسي - وجود حاجة إلى توسيع نطاقه، تغييره، أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لغرض إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليّات جراحية إضافية، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكد أو كاملة، غير أنّ معناها وُضّح لي. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضًا، على ذلك التوسيع، التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليّات جراحية، ستكون - كما يعتقد أطباء المؤسسة - حيوية أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرة. تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعي، بمقتضى الحاجة، حسب اعتبارات الأطباء، بعد أن وُضّحت لي المضاعفات المحتملة للتخدير الموضعي، بما فيها رد فعل تحسسي بدرجات متفاوتة للمواد المخدرة. إذا تقرر إجراء العلاج الأساسي تحت تأثير تخدير ناحي أو عام، فسألتقى شرحًا عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنّني موافق / ة على أن يُنقذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّني لم أتلّق ضمانًا أنّه ستجرى كلُّها أو سيجرى قسم منها بيد إنسان معيّن، شريطة أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة / חתימת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًا)/חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصي على المريض/ * الوارد أعلاه كله، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّهُ/ها فهم/ت شروحي كاملة.

رقم الرخصة/ מס' רישון

توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה

*يرجى شطب الزائد / מחק/ י את המיותר .