



מדבקת המטופל

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל - נמוذج موافقة ل- نسخة 08/16

דיקור אבחנתי של בלוטת הערמונית- ביופסיה
تشخيص الوخز بالإبر في البروستاتا
NEEDLE BIOPSY / CORE NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE
GLAND

יتم إجراء التشخيص الوخز بالإبر في البروستاتا من أجل الحصول على عينة من الأنسجة أو الخلايا من أجل تحديد التشخيص و / أو لتقييم مدى التغييرات / درجة المرض في البروستات ومدى انتشار المرض. يتم تنفيذ الوخز بالإبر باستخدام إبرة مصممة لهذا الغرض. الوخز بالإبر عادة ما تتم من خلال وسائل التصوير في كثير من الأحيان عن طريق إجراء محاكاة الصوت ومن خلال الأولتراساوند (الموجات فوق الصوتية) وعن طريق فتحة الشرج. بإدخال إبرة ، ووفقا لتعليمات الموجات فوق الصوتية أي الأولتراساوند وضخ الخلايا / الأنسجة والخلايا بحيث يتم ارسالها لعمل فحص سيتولوجي. فحص باتولوجي و / أو زرع .

في معظم الحالات تستغرق العملية عدة دقائق. هناك حالات حيث لا يمكنك الحصول على ما يكفي من الأنسجة, وسوف تحتاج الى تكرار العمل مرة أخرى.

مع الأخذ بعين الاعتبار سن المريض ونوع الوخز وسيتم اتخاذ قرار فيما اذا كان هناك حاجة للتخدير. في بعض الحالات سيتم اجراء تخدير في هذه العملية بطريقة (ضع دائرة حول المكان المناسب):

بدون تخدير / عام / ناحي / موضعي

שם החולה:

اسم المريض:

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

אנא אصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحاً مفصلاً شفهيًا من الطبيب:

שם משפחה	שם פרטי
اسم العائلة	الاسم الشخصي





מדבקת המטופל

NEEDLE BIOPSY / CORE – الخزعة - البروستاتا

NEEDLE BIOPSY OF THE PROSTATE GLAND (فيما يلي: العلاج الرئيسي).

כذلك أوضح لي , لقد أوضح لي عن الطرق العلاجية البديلة القائمة في العلاج الرئيسي.

أصرح وأقر بأنني تلقيت شرحا عن الآثار الجانبية بعد الفحص، بما في ذلك: الألم وعدم الشعور الراحة، والألم لفترة طويلة في المستقيم، وحرق في التبول والدم المسحوبة من فتحة الشرج أو البول. في الأيام التالية لفحص الدم قد تظهر السائل المنوي. هذه الظاهرة المقلقة ويتوقف من تلقاء نفسه دون علاج.

أيضا، تلقيت شرحا عن المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك التهاب في المسالك البولية والبروستاتا قد يتسبب في الحاجة إلى دخول المستشفى لتلقي العلاج والاستشفاء ، وسحب الدم من فتحة الشرج أو البول التي قد تصل في بعض الحالات يؤدي إلى الحاجة إلى دخول المستشفى للمراقبة. ونادرا ما يتطلب النزيف نقل دم أو عمل جراحي لوقف النزيف. بعد الخزعة قد يسبب احتباس البول وعدم القدرة على التبول بشكل عفوي – الأمر الذي يتطلب تجفيف المثانة عن طريق القسطرة، لفترة معينة، ونادرا ما يؤدي إلى تلف في الأعضاء المجاورة. وهذا ما يستوجب علاج جراحي

أنا أصرح وأقر بأنني تلقيت شرحا وأنا أفهم ذلك أن هناك إمكانية خلال التشخيص الرئيسي قد يتبين أن هناك حاجة لتوسيع نطاق التشخيص. سواء كان تغيير أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ الحياة، ومنعا لحصول أي ضرر جسدي بما في ذلك إجراء عمليات جراحية إضافية أخرى لا يمكن التنبؤ بها مسبقا، ولكن تم شرح معناها بالنسبة لي. وبذلك، أنا أوافق على مثل هذا التعديل في التوسيع أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك عمليات جراحية أخرى ويرى الأطباء في المستشفى بأنها ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء العملية الرئيسية.

كما أوضح لي أنه إذا تم إجراء العملية تحت التخدير العام / الناحي / انسداد عصبي سيتم إعطاء شرح عن التخدير من قبل أخصائي التخدير.

إذا كان سيتم إجراء العملية الجراحية تحت التخدير الموضعي، أنا أوافق على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد وبعد أن شرح لي مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك درجات مختلفة من الحساسية للمخدر ومضاعفات استخدام المسكنات والتي نادرا ما قد تسبب إلى اضطرابات في الجهاز التنفسي واضطرابات في وظائف القلب، خاصة بين مرضى القلب ولدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

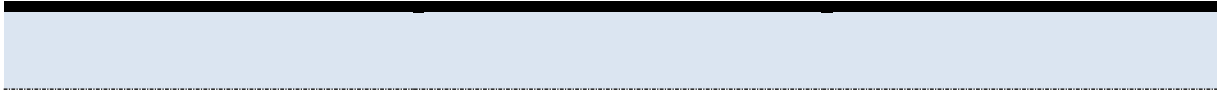
معلوم لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، في أثناء العملية الجراحية قد يشارك جزء من الطلاب بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بأن الفحص 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 وفقا للقانون.

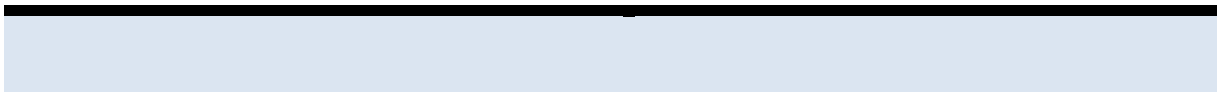
أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء العلاج الجراحي الرئيسي.



מדבקת המטופל

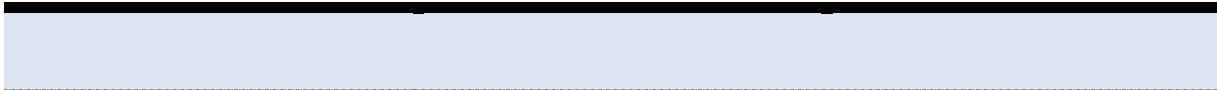


תאריך	שעה	חתימת המטופל
التاريخ	الساعة	توقيع المريض

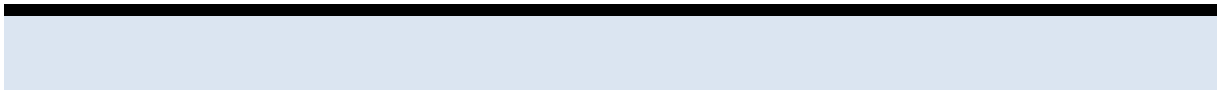


שם אפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת אפוטרופוס (במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
اسم الوصي (صلة القرابة بالمريض/ة)	توقيع الوصي (في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)

אני אؤكد بذلك أنني شرحت شفها للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيري بشكل تام.



שם הרופא (חותמת)	חתימת הרופא	תאריך ושעה
اسم الطبيب (الختم)	توقيع الطبيب	التاريخ والساعة



שם המתרגם/ת	קשריו לחולה
اسم المترجم/ة	صلته بالمريض/ة