

טופס הסכמה ל נמודג מואפקה ל- נסכה 08/16

בדיקה אורודינמית של דרכי השתן فحص أوردنميكي في المسالك البولية URODYNAMIC EVALUATION

תקיימ אורודנמיק הו فحص أداء عمل المسالك البولية السفلية (المثانة البولية والعضلة العاصرة).
في هذا الفحص يتم قياس الضغط في المثانة وتجويف البطن، وتدفق البول وإذا لزم الأمر أيضا فحص النشاط الكهربائي في العضلة العاصرة.
يتم إجراء هذا الفحص من خلال إدخال أنبوب دقيق ومعقم الى داخل المثانة البولية. ومن ثم إدخال أنبوب مماثل الى فتحة الشرج أو المهبل أو الفغرة (ستوما) لقياس الضغط في تجويف البطن. وفي بعض الحالات يتم توصيل ملصقات أيضا، أو إبر صغيرة جدا في الجلد حول فتحة الشرج لقياس النشاط الكهربائي للعاصرة. ويتم تدفق السائل المعقم عن طريق أنبوب في المثانة لملء المثانة ويطلب من المريض/ة أن يدلي/تدلي بشعوره/ها خلال التعبئة والتبول مع بقاء الأنابيب في مكانها حتى نهاية الفحص. يتم إجراء الفحص عندما يكون المريض/ة مستلقي/ة جالس/ة أو واقف/ة.
عندما يتم إجراء الفحص بمساعدة إنعكاس الأشعة السينية رنتجن يجب إبلاغ الفاحص قبل إجراء الفحص اذا كان هناك احتمال وجود حمل.

طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية: (أحظ بدائرة الطريقة المناسبة)
بدون تخدير / عام / ناحي / موضعي

שם החולה:

اسم المريض

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

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:

אנא אصرח ואؤكد بذلك بأني تلقيت شرحا مفصلا وشفهيا من الطبيب:

שם משפחה	שם פרטי
----------	---------

שם משפחה	שם פרטי
اسم العائلة	الاسم الشخصي

החاجة في إجراء فحص أورو ديناميك في المسالك البولية (فيما يلي : العلاج الرئيسي). كذلك، تلقيت شرحا حول العلاجات البديلة المتاحة لعلاج مثل حالتي (تقييم غير الغازية بقرار إحالة للفحص من قبل الطبيب).

أصّرّح وأؤكد بموجب هذا بأنني تلقيت شرحا عن الأثار الجانبية ما بعد إجراء فحص الأورو ديناميك في المسالك البولية بما في ذلك، ألم خفيف وعدم الراحة، حرقان في البول والتبول والبول الدموي. هذه العوارض مؤقتة وعادة ما تهدأ في غضون نحو 24 ساعة.

كما وأوضح لي وأنا أفهم ذلك أن هناك إحتمال بأنه خلال الفحص التشخيصي، يتضح أن هناك حاجة لتنفيذ إجراءات علاجية لإجراء الفحص مثل: توسيع مجرى البول في حالة التضيق، أو إبقاء القسطرة بعض الفحص وأنا أعطي موافقتي بذلك.

كذلك، تلقيت شرحا عن المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك احتباس البول الذي يستوجب إدخال القسطرة في المثانة، التهاب المسالك البولية و / أو الجنس مع حمى، قشعريرة ونزيف التي قد تتطلب مضادات حيوية والعلاج في المستشفيات.

أنا أصّرّح وأقرّ 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 بحسب ما يرى الأطباء في المستشفى بأنها ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء الفحص أورو ديناميك في المسالك البولية.

كما وأوضح لي أنه اذا تم إجراء العملية تحت التخدير عام / ناهي / انسداد عصبي سيتم إعطاء شرح عن التخدير من قبل أخصائي التخدير.

اذا كان سيتم إجراء الفحص أورو ديناميك تحت تأثير التخدير الموضعي، أنا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد وبعد أن شرح لي عن مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك الإصابة بالحساسية بدرجات مختلفة بسبب للمخدر ومضاعفات استخدام المسكنات والتي نادرا ما قد تسبب الى اضطرابات في الجهاز التنفسي والى اضطرابات في عمل القلب، خاصة بين مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

معلوم لدي بأنه اذا 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 الفحص أورو ديناميك 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.

أنا أعطي موافقتي بذلك بإجراء هذا العلاج الرئيسي.

חתימת המטופל

שעה

תאריך

توقيع المريض/ة

الساعة

التاريخ

חתימת אפוטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפוטרופוס
(קירבה למטופל)

توقيع الوصي
(في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)

اسم الوصي
(القربة مع المريض)

אנא אؤكد بذلك أنني شرحت شفويا 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.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

التاريخ والساعة

توقيع الطبيب

اسم الطبيب (خدم)

קשריו לחולה
صلته بالمريض

שם המתרגם/ת
اسم المترجم/ة