

טוופס הסכמה: צינחור ל- CARDIAC CATHETERIZATION استمارة موافقة: قسطرة قلب

תجرى قسطرة القلب لغرض التمثيل / أو العلاج في أو عية القلب الدموية / أو في القلب نفسه. تنفذ العملية تحت تأثير تخدير موضعي، ولدى الأطفال تحت تأثير تخدير عام، بواسطة إدخال قساطر عن طريق شريان ناحي حتى منطقة القلب / أو الشريانين التاجيين التي تغطي القلب، تحت تصوير بالأشعة السينية وصور أشعة سينية (رنجن). يتم بواسطة قساطر خصوصية حقن المريض / بمادة مضادة / أو نقاس ضغوط. يتم بالقسطرة العلاجية تنفيذ عمليات إصلاح موضعية في القلب أو في شريانه بواسطة قطع خصوصية تركب على القساطر، بما فيها داعم (STENT). في الحالات التي تكشف فيها، في أثناء قسطرة تشخيصية، مشكلة قليلة لعلاج فوري، تنفذ القسطرة العلاجية استمراراً للقسطرة التشخيصية. يجب أن يبلغ المريض / طبيب القسم وطبيب الأشعة السينية في حال وجود مشكلة كليوية / أو حساسية لمادة اليد، قبل إجراء الفحص. اسم المريض /:

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

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحًا شفهيًا مفصلاً من الدكتور عن الحاجة إلى إجراء قسطرة قلب تشخيصية / أو علاجية بما في ذلك إصلاح موضعي في القلب / أو علاج في الشريانين التاجيين بمساعدة بالون / أو قطع أخرى*. فضلاً علاجاً آ

(في ما يلي: "العلاج الأساسي").
أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحًا عن النتائج المأمولة والعواقب الجانبية المحتملة بما فيها الألم وعدم الشعور بالراحة في مؤخر الرجلين، في مكان إدخال القسطر، وشعور فجائي بالحرارة نتيجة الحقن بالمادة المضادة.
كما وضحت لي المضاعفات المحتملة بما فيها انسداد فجائي أو ضرر في شريان تاجي وتضخم امتداء عضلة القلب، جلطة دماغية، إضرار بالأوعية الدموية، نزيف، وتلوث. وضحت لي المضاعفات المحتملة للحقن بمادة مضادة بما فيها رد فعل تحسيّي بدرجات مختلفة، إضرار بعمل الكلىتين، ونفاقم في مرض القلب. كما أنه، في حالات نادرة جدًا، من الممكن أن تنتهي هذه المضاعفات حتى بالموت.
وضحت لي طرائق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحال، بما في ذلك الاحتمالات والمضاعفات المنوطة بكل واحد من هذه الإجراءات، الفحوص والعلاجات المنوطة بذلك.
أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

كما أعلن وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا، وبأنني מدرك / أن هناك احتمالاً لأن يتضمن في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرةً وجود حاجة إلىأخذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جساني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كاملة، غير أن معناها واضح لي، بما فيها عملية قسطرة علاجية إضافية، عملية حيوانية أو عملية طوارئ أخرى تحت تأثير تخدير عام. بناءً عليه، أنا أواق، أيضًا، على ذلك التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون. كما يعتقد أطباء المستشفى- حيوية أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرةً. يعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعي، بعد أن وضحت لي مضاعفات التخدير، بما فيها رد فعل تحسيّي بدرجات مختلفة لمواد التخدير. إذا دعت الحاجة إلى إجراء العلاج الأساسي تحت تأثير تخدير عام فسأثنى شرحًا عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنتني موافق /ة على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المستشفى وتعليماته.
كما أنتني لم أتفق ضمانة أنه ستجري كلها أو ستجرى قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تجري بالمسؤولية المتبعة في المستشفى، كما يقضى القانون.

توقيع المريض /ة / חתימת החוללה	الساعة/שעה	التاريخ/תאריך
--------------------------------	------------	---------------

اسم الوصي (القرابة) / שם האפוטרופוס (קייביה) توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض /ة، نفسانياً) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פטול דין, קtiny/ה או חוליה/ת נפש)
أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض /ة للوصي على المريض /ة* الوارد أعلاه كلّه، بالتفصيل المطلوب، وبأنه /ها وقع /ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه /ها فهمت شروحى كاملة.

توقيع الطبيب /ة / חתימת הרופא/ה رقم הרخصة / מס' רשיון	توقيع الطبيب /ة / חתימת הרופא/ה	اسم الطبيب /ة / שם הרופא/ *يُرجى شطب الزائد / مחק / ي את המיותר
---	---------------------------------	--

