

סרי טבי

استمارة موافقة: تنظير الجهاز الهضمي טופס הסכמה: אנדוסקופיה של מערכת העיכול GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

ملصقة متلقي/ة العلاج

اسم وتفاصيل الجراحة/ الإجراء المقترح (باللغة العبرية ودون اختصارات):

שם ופרטי הניתוח/הפרוצדורה המוצעים

إجراء _____ تشخيصي/ أو علاجي بما في ذلك أخذ خزعة، استئصال نواسير،
اسم الإجراء (שם הפעולה)

כיי نقطة نزيف، علاج الدوالي واستخراج جسم غريب*. تفاصيل علاج آخر (פרט טיפול אחר)

(لاحقاً: "العلاج الأساسي").

الغرض من الجراحة/ الإجراء: المنظار هو أنبوب مرن تتواجد في داخله ألياف ضوئية، بالإمكان من خلالها المشاهدة، وقنوات بالإمكان
عن طريقها نقل الأجهزة من أجل أخذ خزعة، استئصال نواسير، كئي نقطة نزيف، علاج الدوالي واستخراج جسم غريب. يتراوح طول
المنظار بين 1.20 و 1.80 متر، قطره 1 سم، وبالإمكان - بواسطته - فحص الجهاز الهضمي العلوي والسفلي. عموماً، يحصل متلقي/ة
العلاج، قبل الفحص، على دواء مهدئ و/أو مخدر موضعي، للحد من الشعور بالإزعاج المنوط بالفحص.

يتم إجراء الفحص بحيث يكون الخاضع/ة للفحص مستلقياً على الجانب الأيسر. عندما يكون الحديث عن فحص للقسم العلوي من الجهاز
الهضمي (تنظير المريء، تنظير هضمي علوي)، يتم إدخال المنظار عبر الفم. عندما يكون الحديث عن فحص للقسم السفلي من الجهاز
الهضمي (التنظير السيني، تنظير القولون)، يتم إدخال المنظار عبر فتحة الشرج.

لاحقاً، يتم - عبره - إدخال أجهزة بحسب الإجراء المطلوب. يستغرق الفحص ما بين 15 دقيقة إلى ساعة.

خلال الفحص، يكون هنالك شعور بعدم الراحة أو الانتفاخ في البطن.

المخاطر والمضاعفات الممكن حصولها جراء الجراحة/ الإجراء: تلقيت الشرح بشأن البدائل التشخيصية، حسنتها، سيئاتها وأعراضها
الجانبية والمضاعفات الممكن حصولها. كذلك، تلقيت الشرح بأنه بالرغم من أن الفحص التنظيري هو أفضل ما يمكن إجراؤه اليوم للكشف
عن النواسير والأورام، إلا أن هنالك محدوديات للفحص. بإمكان الفحص الكشف عن غالبية الأورام والنواسير الكبيرة في الأمعاء الغليظة،
لكن ليس جميعها.

أقرّ وأصرّح بهذا أنني تلقيت الشرح بشأن الأعراض الجانبية المرتبطة بالعلاج الأساسي، وبضمنها الألم، حالة الإزعاج والشعور بالانتفاخ
في البطن. كذلك، تلقيت الشرح بشأن المضاعفات الممكن حصولها، بما في ذلك: النزيف أو تمزق جدار الجهاز الهضمي، والتي قد
تستدعي، في بعض الحالات، التصحيح الجراحي.

خلال فحص المسالك الهضمية العلوية، من الممكن حصول الضرر للأسنان جرّاء إدخال الجهاز عبر الفم. المضاعفات المذكورة ليست

شائعة.



سرِّي طَبِّي

تحذيرات خاصة لعلاج الحالات الصحية الخاصة (في حال حصولها):

אזהרות מיוחדות לטיפול במצבים בריאותיים מיוחדים (במידה ויש):

تلقيت شرحا تفصيليا بشأن حسنات وسيئات الجراحة/ الإجراء الوارد حصولها، البدائل الممكنة للجراحة/ الإجراء، النتائج التي من الممكن حصولها في حال اخترت عدم إجرائه/ها، المشاكل المتعلقة بالاستشفاء منها واحتمالات نجاحها.

بعد أن تلقيت الشرح المفصل شفهيًا بشأن الحاجة للجراحة/ الإجراء، بما في ذلك بشأن النتائج المرجوة، المخاطر المتوقعة وطرق العلاج البديلة المتاحة ضمن ظروف الحالة، بضمنها الاحتمالات والمخاطر الكامنة في كل طريقة من طرق العلاج الممكنة المعروضة عليّ، فإنني أعطي موافقتي، بهذا، على الجراحة/ الإجراء المذكور أعلاه في المستشفى (لاحقاً - الجراحة الأساسية).

تلقيت الشرح، وأفهم إمكانية أن تكون هنالك حاجة، خلال الجراحة الأساسية، لتوسيع نطاقها، تغييرها أو القيام بإجراءات أخرى أو إضافية، بما يشمل الإجراءات الجراحية، والتي ليس بالإمكان توقعها الآن بصورة مؤكدة أو بالكامل، لكن تم شرح معانيها لي. بناء على ذلك، فإنني أوافق أيضا على التوسعة/ات، التغيير/ات المذكورة أو على القيام بالإجراءات الأخرى أو الإضافية، بما في ذلك العمليات الجراحية التي ستكون – بناء على رأي أطباء المستشفى – حيوية وضرورية خلال الجراحة الأساسية.

أنا على علم، وأوافق على أن يتم القيام بالعلاج وبكافة الإجراءات الأخرى من قبل من يتم إلقاء الأمر على عاتقه، بموجب أنظمة وتعليمات المستشفى، وأني لم أتلّق أي وعد بأن يتم القيام بهذه الإجراءات، كلها أو جزء منها، من قبل شخص محدد، وشريطة أن يتم القيام بها بحسب شروط المسؤولية المتعارف عليها في المستشفى وبموجب القانون.

תעיב מתלי העל/ מלחזל זל וכל:
תגובת המטופל/ הערות במידה ויש

התאריך תאריך	השעה שעה	תوقيع متلقي العلاج חתימת המטופל	
اسم الوصي / الوكيل الطبي שם האפוטרופוס/מיופה כח רפואי		توقيع الوصي (في حال كان متلقي العلاج قاصرا أو خاضعا للحماية) חתימת האפוטרופוס (במקרה של קטין או חסוי)	
أصادق بهذا بأنني شرحت شفهيًا لمتلقي العلاج/ للوصي/ لوكيل متلقي العلاج الطبي كل المذكور أعلاه بالتفصيل المطلوب وبأنه/ا وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن ائتمنت بأنه/ا قد فهم/ت شرحي بكامله.			
اسم الطبيب وتوقيعه שם הרופא וחתימתו	رقم الرخصة מס' רישיון	التاريخ תאריך	الساعة שעה

*اشطب/ی الزائد