

שם המוסד הרפואי / לוגו

[מזכרת המטופל]

נسخة/גרסה 12/16

טופס הסכמה ל - نموذج موافقة ل-

אנדוסקופיה של מערכת העיכול/ تنظير الجهاز الهضمي Gastrointestinal Endoscopy

המנظار عبارة عن أنبوب مرن يحتوي بداخله على ألياف بصرية وكاميرا فيديو, والتي من خلالها يمكننا رؤية, قنوات والتي يمكنك من خلالها نقل أجهزة لغرض أخذ خزعات, استئصال السليمة المخاطية (بوليبات), حرق بقع الدم, علاج الدوالي وإزالة أي جسم غريب.

גטרואח طول המנظار 1,20-1,80 מטר, וقطره حوالي 1.0 بوصة, ويمكن أن يساعد على فحص الجهاز الهضمي العلوي والسفلي قبل إجراء الفحص يحصل المريض, عادة, على أدوية التخدير و/أو مادة تشويش/أو مخدر موضعي للحد من الانزعاج وعدم الراحة خلال هذا الفحص.

עندما يتعلق الأمر بفحص الجهاز الهضمي العلوي (تنظير المريء وتنظير المعدة) يتم إدخال المنظار عن طريق الفم. عندما يتم فحص الجهاز الهضمي السفلي (التنظير السيني, تنظير القولون) يتم إدخال المنظار من خلال فتحة الشرج. وفيما بعد يتم إدخال أجهزة أخرى تبعا للإجراءات المطلوبة. عادة ما تتراوح مدة الفحص, بين 15 دقيقة الى ساعة. أثناء أو بعد الفحص قد يحدث شعور بعدم الراحة وانتفاخ في البطن. القدرة على الدقة/تشخيص الآفات والإصابات يعتمد على نوعية التحضير للفحص وبنية الأمعاء ومن المعروف أن هناك آفات لا يتم تشخيصها حتى بعد الفحص بالمنظار.

שם הנבדק: اسم المريض/ة

שם האב
اسم الأبת.ז.
بطاقة الهويةשם פרטי
الاسم الشخصيשם משפחה
اسم العائلة

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

אנא אִסְרָח ואִזְכֵּד בִּזֶּלֶךְ בְּאֵי תִלְקִית שְׂרַח מִפְּסָלָא וּשְׁפִיחַ מִן הַטִּיבִּיב:

שם פרטי
الاسم الشخصيשם משפחה
اسم العائلةחתימת המטופל
توقيع المريضשעה
الساعةתאריך
التاريخ

שם המוסד הרפואי / לוגו

מזכרת המטופל

החاجة إلى إجراء _____ تشخيصية و/أو علاجية بما في ذلك أخذ خزعات، استئصال
اسم العملية

בוליבות, חرق البقع أو مناطق الدم, علاج الدوالي وإزالة جسم غريب, وعلاج آخر, , _____ (فيما يلي "العلاج
الرئيسي").

كما وأوضح لي حول وجود بدائل تشخيص و/أو بدائل علاجية أخرى, إيجابياتها, سلبياتها, والآثار الجانبية لها والمضاعفات
المحتملة التي قد تنتج عنها.

تلقيت شرحا عن الآثار الجانبية للعلاج الأساسي بما في ذلك الألم, وعدم الشعور بالراحة في الحلق (تنظير الجهاز الهضمي
العلوي), والشعور بانتفاخ في البطن.

كذلك, تلقيت شرحا عن المضاعفات المحتملة, بما في ذلك نزيف أو تمزق / ثقب في جدار الأمعاء أو جزء آخر من الجهاز
الهضمي. هذه المضاعفات نادرة, ولكنها يمكن أن تتسبب, في بعض الحالات, بدخول المستشفى لعلاج إضافي وإصلاح
جراحي. فحص الجهاز الهضمي العلوي يمكن أن يسبب ضررا للأسنان بسبب إدخال المنظار عن طريق الفم.

أنا أُصرِّح/ وأؤكد/ بموجب ذلك وقد شرح لي وأنا أفهم ذلك/ قد نكون هناك إمكانية إجراء العلاج الرئيسي أو فور الانتهاء
منه نتيجة للانتفاخ أو نزيف كبير قد يتبين أن هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية, بما في ذلك عمليات جراحية
أخرى لإنقاذ حياة أو منع أي ضرر جسماني, وأنا موافق/ة أيضا على تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية, بما في ذلك عمليات
جراحية إضافية وفقا لما يراه أطباء المؤسسة, على أن تكون ضرورية أو مطلوبة كما ورد.

أنا أوافق بذلك لتشمل توفير العقاقير المخدرة و/أو المسكنات/أو تخدير موضعي, بعد أن شرح لي عن استخدام هذه الأدوية
ونادرا ما قد يسبب, اضطرابات الجهاز التنفسي واضطرابات في القلب, وخاصة في المرضى الذين يعانون من أمراض
الجهاز التنفسي وأمراض القلب, والمخاطر المحتملة للحساسية من المخدر أي البنج.

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 بموجب هذا بأن العلاج الرئيسي 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.

إنني أُصرِّح وأؤكد بهذا, بأنني تلقيت شرحا مفصلا عن تفاصيل العلاج, وأؤكد أنني فهمته وأجابوا على أسئلتي بصورة
كاملة وعلى النحو الذي يرضيني.



מדבקת המטופל

שם המוסד הרפואי / לוגו

תאריך التاريخ	שעה الساعة	חתימת המטופל/נבדק توقيع المتعالج/المريض
------------------	---------------	--

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

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס / למתרגם של החולה (נא להקיף בעיגול) את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

أنا أؤكد بذلك أنني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة (ضع دائرة) جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقّع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيرِي بشكل تام.

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

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