


رقم الوثيقة: HD-FR-467 تاريخ النشر: 4202.10.50 المراجعة رقم: 00 تاريخ المراجعة: ... رقم الصفحة: 3 / 1	وثائق إدارة الجودة الاستمارة التوضيحية لموافقة المريض على إجراء فغر الكلية عن طريق الجلد	
---	--	---

اسم ولقب المريض : تاريخ الولادة :
التاريخ : رقم البروتوكول :

معلومات عامة

إنه من حقك الطبيعى أن تكون على علم بحالتك الطبية والعلاج الطبي/ الجراحي وجميع الإجراءات التشخيصية الموصى بها لعلاج مرضك. وبعد معرفة الفوائد والمخاطر المحتملة للعلاج الطبي والتدخلات الجراحية، فالأمر متروك لك لتقرر ما إذا كنت ستوافق على هذا الإجراء أم لا. الغرض من هذا البيان ليس تخويفك أو قلقك، بل جعلك شريكاً أكثر وعياً في القرارات المتعلقة بصحتك. إذا كنت ترغب في ذلك، يمكن تقديم جميع المعلومات والوثائق المتعلقة بصحتك لك أو لأحد أقربائك الذي تراه مناسباً. حيث تم إعداد هذه الاستمارة لمساعدة الطبيب الذي يتابعك على إبلاغك بمخاطر العلاج/التدخل المخطط إجراؤه عليك وطرق العلاج البديلة. يرجى قراءة هذه الاستمارة بالكامل وبعناية والتوقيع على استمارة الموافقة هذه بعد قراءة الاستمارة وبعد أن يقوم الطبيب بالإجابة على جميع أسئلتك والأمور التي تتردد منها بشأن الإجراء هذا.

أشياء تحتاج إلى معرفتها عن مرضك

بعد وضع المريض في وضعية الانبطاح، يتم تطبيق التخدير الموضعي على الكلية حيث سيتم وضع قسطرة فغر الكلية في مكان مناسب. بعد ذلك، وبمساعدة الأشعة السينية أو الموجات فوق الصوتية، يتم إدخال إبرة رفيعة إلى الكلية ويتم وضع سلك توجيه رفيع يسمى "guide wire" في الكلية. ويتم وضع قسطرة فغر الكلية بشكل صحيح في الكلى عبر سلك التوجيه. وبهذه الطريقة يتم إخراج بول الكلى من خلال القسطرة وتجميعه في كيس البول المتصل بالقسطرة.

العلاج الموصى به: فغر الكلية عن طريق الجلد

إذا كان تطبيق الطرف:

☐ يمين ☐ يسار ☐ كلا الطرفين مستوى.....:

تطبيق التخدير

☐ لا يوجد ☐ عام موضعي ☐ تسكين الألم


استخدام الدم ومشتقاته:

☐ لا ☐ نعم

إذا كان سيتم استخدام الدم ومشتقاته في هذا الإجراء، فسيتم تقديم المعلومات والحصول على الموافقة.

مخاطر العملية

- قد تنغلق مناطق صغيرة من الرئتين، مما يزيد من خطر الإصابة بالتهاب الرئة. وقد تكون هناك حاجة للعلاج بالمضادات الحيوية والعلاج الطبيعى.
- التجلطات في الساقين (تجلط الأوردة العميقة) يمكن أن تسبب الألم والتورم. وفي حالات نادرة، تنفصل بعض هذه التجلطات وتنتقل إلى الرئتين ويمكن أن تكون مميتة.
- قد تحدث الأزمة القلبية نتيجة زيادة الحمل على القلب.
- قد يحدث الوفاة بسبب الإجراء.

رقم الوثيقة: HD-FR-467 تاريخ النشر: 4202.10.50 المراجعة رقم: 00 تاريخ المراجعة: ... رقم الصفحة: 3 / 2	وثائق إدارة الجودة الاستمارة التوضيحية لموافقة المريض على إجراء فغر الكلية عن طريق الجلد	
---	--	---

مخاطر هذه العملية

تحمل هذه العملية بعض المخاطر/المضاعفات. المخاطر في العملية هي:

- قد يحدث نزيف يتطلب التدخل الجراحي أو نقل الدم نتيجة إصابة الأوعية الكلوية أو الهياكل الوعائية الموجودة على مدخل الكلية.
- أثناء التطبيق (أثناء إدخال الإبرة أو القسطرة)، نادرًا ما تحدث إصابات في الأمعاء والطحال والكبد والمرارة نظرًا لقربها من الكليتين، وقد يتطلب الأمر التدخل الجراحي.
- قد يحدث تسرب للبول حول أنبوب البول وقد يتطلب الأمر تنظيف الجرح بشكل متكرر.
- إذا تم إزاحة القسطرة أو تعذر إخراج البول، فقد تكون هناك حاجة إلى مراجعة القسطرة أو إعادة إدخالها.
- قد تتطور عدوى المسالك البولية وقد يتطلب الأمر علاجًا بالعقاقير عن طريق الوريد للمرضى الداخليين.
- قد يتطور خراج في تجويف البطن نتيجة لعدوى أو تدخل في المسالك البولية، وقد يتطلب الأمر علاجًا بالمضادات الحيوية و/أو تدخل جراحي إضافي.
- بعد إزالة القسطرة، قد يتسرب البول من مكان القسطرة.

الفوائد المتوقعة من الإجراء

هي منع تدهور وظائف الكلى. وتقليل خطر الإصابة بالتهابات المسالك البولية. وتقليل الألم إذا كان الوضع الحالي مؤلمًا.

نسبة نجاح العلاج الموصى به

احتمالية نجاح الإجراء تزيد عن 90%.

طرق العلاج البديلة


- التدخل الجراحي المفتوح
- وضع قسطرة من نوع J المزدوج لدعامة الحالب
- غسيل الكلى في الحالات المتقدمة التي تتأثر فيها الكليتان.

الأمور التي يجب على المريض مراعاتها قبل الإجراء:

يتم تنفيذ التطبيق بشكل عام تحت التخدير الموضعي. ومع ذلك، في حالة حدوث أي مضاعفات، قد تكون هناك حاجة للتخدير العام ويوصى بالصيام لمدة 4 ساعات على الأقل بسبب احتمال الحاجة إلى إجراء عملية جراحية طارئة. يجب عليك التوقف عن الأسبرين أو ما شابه من مميعات الدم الفعالة قبل 5 أيام على الأقل. نقاط يجب أن ينتبه لها المريض بعد العملية: يجب تجنب الحركات التي من شأنها سحب القسطرة لمنع خروج قسطرة فغر الكلية. يجب عليك استشارة الطبيب فورًا إذا كان لديك أي شكاوى، خاصة الحمى، أو عدم خروج بول من القسطرة، أو تسرب البول من جانب القسطرة.

العواقب التي يمكن مواجهتها إذا لم يتم تنفيذ الإجراء

قد تتدهور وظائف الكلى، وفي النهاية قد يتطور الفشل الكلوي، مما يؤدي إلى الحاجة إلى غسيل الكلى.

رقم الوثيقة: HD-FR-467 تاريخ النشر: 4202.10.50 المراجعة رقم: 00 تاريخ المراجعة: ... رقم الصفحة: 3 / 3	وثائق إدارة الجودة الاستمارة التوضيحية لموافقة المريض على إجراء فغر الكلية عن طريق الجلد	
---	--	---

المعلومات الشخصية

.....
 اسم المريض ولقبه:
 اسم الطبيب ولقبه:
 التاريخ:
 التاريخ:

أمنح موافقتي بشرط الالتزام بقواعد سرية المريض الواردة في لائحة حقوق المريض بغرض مراجعة المعلومات السريرية من سجلاتي الطبية للنهوض بالدراسة الطبية والبحث الطبي وتعليم الأطباء. أوافق على نشر نتائج الأبحاث في الأدبيات الطبية طالما أن خصوصية المريض محمية. أدرك أنني قد أرفض المشاركة في مثل هذه الدراسة وأن هذا الرفض لن يؤثر سلباً على علاجي بأي شكل من الأشكال.

التصوير /المشاهدون: أوافق على تصوير العملية فوتوغرافياً أو التصوير بالفيديو لأغراض علمية أو طبية أو تعليمية، بما في ذلك المناطق الحساسة من جسدي، بشرط ألا تكشف الصور عن هويتي. كما أوافق على إدخال مراقبين مؤهلين إلى غرفة العمليات أثناء الجراحة من أجل تحسين التعليم الطبي. لقد قرأت وفهمت محتوى استمارة الموافقة التوضيحية. وقد قمت ملء جميع الحقول في هذه الاستمارة قبل التوقيع واستلام نسخة منه.

موافقة المريض:

أدرك أن الممارسة الطبية ليست علماً دقيقاً وأنه لا يمكن تقديم أي ضمانات فيما يتعلق بالنتائج أو العلاج. في استمارة الموافقة هذه وفي لقائي مع الأطباء، حصلت على معلومات مفصلة عن حالتي، والعملية التي سيتم إجراؤها ومخاطرها، وخيارات العلاج فيها. ونقر أننا ندرك أننا مسؤولون عن هذا الموضوع وأننا نقبل العملية ونوافق عليها دون أن نتعرض لأي عنف أو تلقين أو ضغط مادي أو معنوي.

أثناء التدخلات الجراحية، يتم استخدام الأشعة السينية، والتنظير، والتصوير بالموجات فوق الصوتية، والتصوير الومضي، والتصوير المقطعي المحوسب، والرنين المغناطيسي، وما إلى ذلك. أنه قد يكون من الضروري استخدام الأجهزة الطبية؛ وأعلم أنني قد أتعرض لأشعة قد يكون لها آثار سلبية على صحتي في بعض هذه الأجهزة/التطبيقات، وأوافق على استخدام هذه الأجهزة الطبية إذا رأى ذلك ضرورياً.

أعلم أنه في حالات نادرة جداً، قد تتطور حالة فريدة أثناء العملية، وفي هذه الحالة، أعطي الإذن والموافقة للفريق الذي سيقوم بإجراء العملية لاتخاذ أي إجراء يراه مناسباً.

إنني أوقع على هذه الاستمارة بوعي ودون الحاجة إلى تفسير إضافي، ودون أي ضغوط.

اسم المريض ولقبه :
 التاريخ/الوقت :
 التوقيع :
 أو

وصي/قريب المريض :
 الاسم واللقب :
 التاريخ/الوقت :
 التوقيع :
 (درجة القرابة.....)

اسم ولقب المترجم :
 التوقيع :

تم تقديم التوضيحات الكافية والمرضية للمريض/قريب المريض المكتوب اسمه أعلاه عن المرض، والتدخل الذي سيتم إجراؤه، وسبب وفوائد هذا التدخل، والرعاية المطلوبة بعد التدخل، والمخاطر المتوقعة، ونوع العلاج. والتخدير الذي سيتم تطبيقه إذا لزم الأمر للتدخل، ومخاطر ومضاعفات التخدير. لقد قرأ المريض/قريب المريض هذه الاستمارة ووقع عليه بموافقه، مما يشير إلى أنه قد تم إبلاغه بشكل مناسب بالإجراء.

اسم ولقب الطبيب :
 التاريخ/الوقت :
 التوقيع :