

التخدير الإجرائي لدى الأطفال لإجراء الاختبارات أو الفحوصات

الطبيب المعالج / المشرف:

الطبيب المقيم (إن وجد): مع الإشراف المباشر.

يتم تقديم هذه المعلومات لك حتى تتمكن من اتخاذ قرار مستنير بشأن التخدير لطفلك لإجراء اختبار أو إجراء.

معلومات عن التخدير الإجرائي:

بالنسبة لبعض الاختبارات أو الإجراءات، يجب أن يظل الطفل ساكناً تماماً للحصول على أفضل النتائج.

قد تكون الإجراءات الأخرى غير مريحة أو مؤلمة إذا كان الطفل مستيقظاً.

سوف يتم إعطاء طفلك الدواء لجعله يسترخي. سيجعل هذا الدواء طفلك أكثر راحةً كذلك. يمكن إعطاء هذا الدواء من خلال التسريب الوريدي، أو ضخه في أنفه، أو عن طريق الفم. وهذا ما يسمى "التخدير الإجرائي". سوف يشعر طفلك بالنعاس. قد ينام طفلك حتى خلال أجزاء من الإجراء. سنراقب معدل ضربات قلب طفلك وتنفسه وضغط دمه. سنراقب أيضاً مستوى الأكسجين لدى طفلك.

إذا انخفض معدل ضربات قلب طفلك أو ضغط الدم أو مستوى الأكسجين لديه عن المعدل الطبيعي، فقد نعطي الأدوية لعكس التخدير أو إيقاف مفعول دواء التخدير. قد نكون غير قادرين على عكس التهدئة. قد نحتاج إلى دعم تنفس طفلك. حتى إذا كانت حالة طفلك هي "لا يوجد رمز":

- قد يحتاج طفلك إلى تركيب الأنابيب عليه لدعم تنفسه.
- قد يحتاج طفلك إلى أدوية لدعم ضغط الدم.

سنعيد تقييم خطة العلاج الطبي لطفلك وحالة "لا يوجد رمز" عندما يتخلص جسمه من التخدير.

فوائد هذا الإجراء:

- التخلص من العصبية والخوف لدى طفلك.
- يؤدي إلى نعاس طفلك أثناء الاختبار أو الإجراء.
- يمنع طفلك من الحركة أثناء الاختبار أو الإجراء.
- يوقف الألم أو الانزعاج أثناء الاختبار أو الإجراء.

لا يمكن لطبيبك أن يعد بأن طفلك سيحصل على أي من هذه الفوائد. أنت فقط من يقرر ما إذا كانت الفوائد التي تعود على طفلك تستحق المخاطرة.

مخاطر التخدير:

لا يوجد إجراء يخلو من المخاطر تماماً. بعض المخاطر معروفة تماماً. قد تكون هناك مخاطر غير مدرجة في القائمة ولا يتوقعها طبيبك.

المخاطر المحددة لهذا التخدير:

- رد فعل تحسسي تجاه الأدوية المستخدمة للتخدير. قد يحتاج ذلك إلى دواء لعلاج.
- غثيان وقيء. قد يحتاج ذلك إلى دواء لعلاج.
- النعاس الذي يستمر لفترة أطول من المتوقع.
- قد يجعل الدواء طفلك ينفعل. هذا ليس شائعاً.
- قد يتقيأ طفلك محتويات معدته في الرئتين. وهذا يمكن أن يسبب التهاباً رئوياً.
- قد يتباطأ تنفس طفلك وقد يتغير ضغط دمه. قد يحتاج ذلك إلى دواء لعلاج.

Patient Name:

Date of Birth:

يمكن أن تزيد المخاطر المرتبطة بالتخدير إذا:

- أكل طفلك أو شرب بعد الوقت المحدد.
- كان طفلك يعاني من عدوى رئوية أو عدوى أخرى.
- كان طفلك يعاني من تضخم اللوزتين أو اللسان أو مشاكل التنفس الأخرى.

المخاطر الخاصة بطفلك:

بدائل للتخدير:

- يمكنك أن تقرر عدم إجراء الاختبار أو الإجراء لطفلك.
- يمكن إجراء بعض الإجراءات تحت تأثير التخدير العام.

إذا اخترت عدم استخدام التخدير الإجرائي:

- قد تسوء أعراض طفلك أو حالته، إذا أخرت الاختبار أو الإجراء.
- يمكنك تغيير موعد الإجراء أو الاختبار ليتم تنفيذه في وقت لاحق.

معلومات عامة:

أثناء الإجراء، قد يحتاج الطبيب إلى إجراء المزيد من الاختبارات أو العلاج.

قد يكون الطلاب وموظفو المبيعات الفنيون وغيرهم من الموظفين حاضرين أثناء الإجراء. سيشرّف طبيب طفلك عليهم.

يمكن التقاط الصور ومقاطع الفيديو أثناء الإجراء. قد تضاف هذه إلى السجل الطبي لطفلك. قد يتم نشر هذه المعلومات لأغراض التدريس والتعليم. ستتم حماية هوية طفلك.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أوافق على ما يلي:

- لقد قرأت هذا النموذج أو تم شرحه لي بعبارات أستطيع فهمها.
- أفهم محتوياته.
- لقد أتيحت لي الوقت للتحدث مع الطبيب. قد تم الرد على جميع أسئلتني.
- أريد أن يحصل طفلي على: التخدير الإجرائي لتنفيذ الاختبار أو الإجراء التالي

- أفهم أن طبيبي قد يطلب من طبيب آخر بنفس المؤهلات أن يقوم بالتخدير.
- أفهم أن الأطباء الآخرين، بما في ذلك الأطباء المقيمين أو غيرهم من العاملين، قد يساعدون في التخدير. تعتمد المهام على مستوى مهارتهم. سيشرف طبيب طفلي عليهم.

توقيع ولي الأمر / الوصي على الطفل: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

العلاقة: ولي أمر القاصي أقرب الأقارب إليه (العلاقة) _____ الوصي / POA Healthcare**لاستخدام موافق الرعاية فقط (For Provider Use ONLY):**

The sedation team has explained the nature, purpose, risks, benefits, possible consequences of non-treatment, alternative options, and possibility of complications and side effects of the intended intervention. I have answered questions, and patient's parent has agreed to procedural sedation.

Provider signature: _____ Date: _____ Time: _____

Teach Back:

Parent shows understanding by stating in his or her own words:

Reason(s) for the procedural sedation: _____

Benefit(s) of sedation: _____

Risk(s) of sedation: _____

Alternative(s) to sedation: _____

OR

Parent elects not to proceed: _____ Date: _____ Time: _____

(Parent signature)

Validated/Witness: _____ Date: _____ Time: _____