



Affix Patient Label

تاريخ الميلاد :

اسم المريض:

موافقة مستنيرة على تعقيم قناتي فالوب

نقدم لك هذه المعلومات كي تتمكني من اتخاذ قرار مستنير بشأن الخضوع لجراحة لتعقيم قناتي فالوب.

السبب والغرض من العملية القيصرية:

التعقيم هو إجراء طبي اختياري. اختياري بمعنى أنه خيارك أنت. إذا أردت الخضوع لهذا الإجراء الطبي فإن هذا يعني أنك لا تريدين الحمل مجدداً أو الحصول على المزيد من الأطفال حالياً أو المستقبل. ربط قناتي فالوب يتم عن طريق سد قناتي فالوب بإحكام. يتم ذلك باستخدام أشربة طبية أو مشابك طبية أو التخثير الكهربائي (الإحراق).

احتمالية حدوث حمل بعد ذلك هي أقل من واحد بالمائة. هذا الإجراء يكاد يماثل إجراءات التعقيم الأخرى. النساء اللاتي يحملن بعد التعقيم يكون حملهن حملاً منتبذاً (قنويًا).

وحتى مع هذه المخاطرة، فمن المهم أن تفهمي أن هذا الإجراء الطبي دائم وغير قابل للعكس.

فوائد هذه الجراحة:

يمكنك الحصول على الفوائد التالية. لا يستطيع طبيبك الجزم بحصولك على أي من هذه الفوائد. أنت فقط من بيدك القرار بشأن تجاوز هذه الفوائد للمخاطر المحتملة.

- لن تتمكني من الحمل بعد ذلك.

مخاطر الجراحة:

لا يوجد أي إجراء طبي خالٍ من المخاطر. بعض المخاطر معروفة جيداً. قد توجد بعض المخاطر غير المذكورة هنا في القائمة والتي قد لا يتوقعها طبيبك.

مخاطر عامة للجراحة:

- احتمال تعرض مناطق صغيرة من الرئة للانخماص. قد يؤدي ذلك لزيادة خطر التعرض للعدوى. قد يحتاج هذا للمضادات الحيوية وعلاجات للتنفس.
- قد تتكون جلطات في القدمين، ويصحبها ألم وتورم. يُطلق عليها جلط الأوردة العميقة أو (DVT). نادراً ما ينفصل جزء من الجلطة ويتجه إلى الرئتين. قد يكون ذلك مميتاً.
- قد يحدث إجهاد للقلب أو سكتة دماغية.
- قد يحدث نزيف. إذا كان النزيف شديداً، قد تحتاجين نقل دم.
- قد يحدث رد فعل للمخدر. أكثر ردود الأفعال الشائعة هي الغثيان والقيء. في حالات نادرة، قد تحدث وفاة. سوف يتناقش طبيب التخدير في هذا الأمر معك.

مخاطر هذه الجراحة:

- العدوى.
- يوجد احتمال أقل من واحد بالمائة أن تحملي مجدداً.
- إذا أصبحت حُبلى فيوجد احتمال كبير أن يكون ذلك حملاً منتبذاً. وهذا يحدث حين يتطور الحمل خارج الرحم. وهو أمر يحتاج للعناية الطبية.
- كما يمكن تضرر المثانة والحالب أو الأمعاء لكن نسبة حدوث تلك المخاطر ضئيلة.
- النزيف الذي قد يتطلب نقل الدم.



Affix Patient Label

تاريخ الميلاد :

اسم المريض:

مخاطر أسلوب المنظار:

ألم الكتف، وألم البطن أو التقلصات، والغازات، والانتفاخ.

المخاطر المصاحبة للتدخين:

يرتبط التدخين بزيادة خطر التعرض للالتهابات. قد يؤدي ذلك أيضاً إلى مضاعفات في القلب والرئة وإلى تكون جلطة.

المخاطر المصاحبة للسمنة:

ترتبط السمنة بزيادة خطورة الإصابة بالتهابات. قد يؤدي ذلك أيضاً إلى مضاعفات في القلب والرئة وإلى تكون جلطة.

مخاطر تخصصك:

العلاجات البديلة:

- عدم القيام بأي شيء. يمكنكم اختيار عدم الخضوع للإجراء الطبي.
إذا اخترت عدم الخضوع لهذا العلاج:
توجد طرق أخرى لتنظيم النسل. الرجاء التحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بكم بشأن تلك الخيارات.

معلومات عامة:

- خلال هذا الإجراء، قد يحتاج طبيبك إلى تنفيذ إجراءات إضافية أو إجراءات مختلفة عما وافقت عليها.
- في أثناء الإجراء قد يحتاج الطبيب لتنفيذ المزيد من الاختبارات أو العلاج.
- قد يتم اختبار الأنسجة أو الأعضاء المأخوذة من الجسم. قد يتم الاحتفاظ بها لأغراض البحث أو التدريس. أقر أنا بموافقتي على إمكانية تخلص المستشفى من هذه الأنسجة أو الأعضاء بطريقة مناسبة.
- قد يحضر الإجراء الطلبة أو ممثلو المبيعات التقنيون أو غيرهم من الأفراد. سيقوم طبيبي بالإشراف عليهم.
- قد يتم التقاط صور أو تسجيلات فيديو في أثناء الإجراء الطبي. قد يتم إضافة ذلك إلى سجلي الطبي. يمكن نشر ذلك لأغراض تعليمية. سوف تتم حماية هويتي الشخصية.



Affix Patient Label

تاريخ الميلاد :

اسم المريض:

بتوقيعي على هذا النموذج أقر:

- إنني قرأت هذا النموذج أو تم شرحه لي بكلمات يسهل لي فهمها.
- إنني أفهم محتوياته.
- أتتيح لي وقت للحديث مع الطبيب. لقد تمت الإجابة على أسئلتني.
- أرغب في الخضوع لهذا الإجراء الطبي: **جراحة تعقيم قناتي فالوب.**

- أتفهم إمكانية أن يطلب طبيبي المساعدة من أحد زملائه لأداء العملية الجراحية.
- أتفهم احتمال قيام أطباء آخرين، بما في ذلك الأطباء المقيمين أو غيرهم من الأفراد في المساعدة في الجراحة. ستوكل إليهم المهام وفقاً لمستوى مهارتهم. سيقوم طبيبي بالإشراف عليهم.

مقدم الرعاية الصحية: قد يحتاج هذا المريض إلى تحليل فصيلة دم وفحص للأجسام المضادة في الدم (type and screen)، أو تحليل للدم ومقارنته بفصائل دم أخرى (type and cross) قبل إجراء الجراحة. في هذه الحالة، الرجاء الحصول على إذن لفحوصات الدم/ المنتج.

توقيع المريضة: _____ التاريخ: _____ الساعة: _____
صلة القرابة: المريضة أقرب الأقارب (صلة القرابة) ولي الأمر

بيان المترجم الفوري: لقد قمت بترجمة هذه الموافقة والشرح الخاص بالطبيب للمريض أو الوالد أو أقرب الأقارب أو ولي الأمر القانوني.

التاريخ _____ الساعة _____ المترجم الفوري: _____
(المترجم الفوري (إنذا وُجد))

لاستخدام مقدم الرعاية الصحية فقط:

لقد قمت بتوضيح طبيعة ومخاطر وفوائد التدخل الطبي المراد، والغرض منه، وأثاره الجانبية، واحتمالية وقوع مضاعفات، إلى جانب العواقب المحتملة لعدم القيام به. لقد قمت بالإجابة على تساؤلات المريضة وقد وافقت بدورها على الخضوع للإجراء الطبي.

توقيع مقدم الرعاية الصحية: _____ التاريخ: _____ الساعة: _____

التأكد من استيعاب المريضة من خلال شرحها بنفسها للمعلومات التي فهمتها

شرحت طبيعة الإجراء المعني وغرضه ومخاطره وفوائده والعواقب المحتملة لعدم العلاج، والخيارات البديلة، واحتمالية المضاعفات والآثار الجانبية له، وأجبت الأسئلة، ووافقت المريضة على الإجراء.

تظهر المريضة مدى استيعابها من خلال صياغتها بكلماتها الخاصة لما يلي:

سبب (أسباب) الخضوع للعلاج أو الإجراء الطبي: _____
جزء (أجزاء) الجسم التي سوف تتأثر: _____
فائدة (فوائد) الإجراء الطبي: _____
الخطر (المخاطر) المحتملة لهذا الإجراء الطبي: _____
البديل (البدايل) لهذا الإجراء الطبي: _____
أو
اختارت المريضة عدم الاستمرار: _____ (توقيع المريضة)