שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:
שם פרטי/ الإسم الشخصي:
ת.ז/بطاقة الهوية:
שם האב/إسم الأب:

מדבקת המטופל

إصدار/גרסה 08/21

טופס הסכמה ל-استمارة موافقة لـِ

**בדיקת מח עצם / BONE MARROW EXAMINATION**

**فحص نخاع العظام**

**הבעיה הרפואית בגינה מבוצעת הבדיקה / المشكلة الطبية التي يتم إجراء الفحص لها:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تم تصميم الفحص للتأكد من وجود مرض في نخاع العظام وتشخيصه من أجل تحديد أفضل علاج للمريض

لإجراء هذا الفحص، يتم أخذ عينة صغيرة من نخاع العظام من الجزء الخلفي من عظم الحوض أو عظم القص (عظم القفص الصدري). يتم فحص العينة تحت المجهر وإرسالها إلى المعامل المختلفة من أجل الوصول إلى التشخيص و/ أو تقييم مدى التغيرات/ درجة المرض ومدى انتشاره.

يستمر الفحص حوالي 15 دقيقة يتخلله عدم الراحة والألم الموضعي. للحد من عدم الراحة، يتم تخدير منطقة الفحص تحت تأثير التخدير الموضعي و/ أو التخدير العام قصير المدى (التهدئة) بواسطة طبيب/ة التخدير. سيتم تحديد نوع التخدير من قبل الطبيب المعالج بالاشتراك مع المريض.

بعد تخدير المنطقة يتم إدخال إبرة بلطف من خلال الجلد إلى العظام وبمساعدة حقنة سيتم سحب العينة من نخاع العظم. في حالة الخزعة يتم أخذ قطعة صغيرة من نخاع العظم بالإضافة إلى الضخ. هناك حالات لا يمكن فيها الحصول على أنسجة كافية للفحص ومن الضروري تكرار العملية مرة أخرى.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا مفصلاً عن فحص نخاع العظم (فيما يلي "العملية الرئيسية")، وفهمته وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة العملية والبدائل العلاجية والمخاطر والفوائد.

كذلك، تلقيتُ شرحاً حول البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي: التشخيص والعلاج بناءً على البيانات المتاحة من فحوصات الدم المحيطي وفحوصات عبر التصوير. في كثير من الحالات لا يوجد بديل عن الخزعة و/ أو الشفط الذي يسمح بتشخيص مرض نخاع العظام.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا حول الآثار الجانبية والمخاطر والمضاعفات المحتملة وهي: ألم في منطقة الفحص قد يستمر لعدة أيام، التهاب في منطقة الفحص (نادر جداً)، ونزيف خارجي أو داخلي نادرًا ما يتطلب دخول المستشفى. أو نقل الدم أو الجراحة لوقف النزيف. في حالات نادرة جدًا يمكن أن تؤدي هذه المضاعفات إلى الوفاة.

إذا تم إجراء العملية تحت تأثير التخدير فسيتم تقديم شرح لي من قبل طبيب التخدير وسأوقع على استمارة موافقة مخصصة للتخدير.

في حالة إجراء العلاج بتخدير موضعي/ ناحي / انسداد عصبي/ من قبل الطبيب الذي يجري العملية، يتم منح موافقتي أيضًا لإجراء هذا التخدير، مع أو بدون حقن المهدئات في الوريد بعد أن تلقيتُ شرحاً حول مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك رد الفعل التحسسي بدرجات متفاوتة من أدوية التخدير والمضاعفات المحتملة لاستخدام المهدئات التي نادرًا ما تسبب خللاً في الجهاز التنفسي والقلب، خاصةً لدى مرضى القلب والمرضى الذين يعانون من اضطرابات الجهاز التنفسي.

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:
שם פרטי/الإسم الشخصي:
ת.ז/بطاقة الهوية:
שם האב/إسم الأب:

מדבקת המטופל

معلومٌ لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائزٌ على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج وفي المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق على أن فحص النخاع العظمي وجميع الإجراءات الرئيسية من قبل الشخص المكلّف بها وفقًا لإجراءات وتعليمات المركز الطبي وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم إجراؤها كليًا أو جزئيًا من قبل شخص معين. شريطة أن تتم تحت طائلة المسؤولية المعمول بها ووفقاً للقانون.

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הפעולה העיקרית.

أنا أمنح موافقتي بموجب ذلك بإجراء العلاج الرئيسي.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **ת.ז.** | **שם האב** |

 إسم العائلة الإسم الشخصي بطاقة الهوية إسم الأب

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תאריך** | **שעה** | **חתימת המטופל** |

 **التاريخ الساعة توقيع المريض**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם אפוטרופוס(קירבה למטופל)** | **חתימת אפוטרופוס(במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)** |

 **إسم الوصي توقيع الوصي**

 **(صلة القرابة مع المريض) (في حالة فاقد الأهل، قاصر، أو مريض نفسيًا)**

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את ההסברים.

أقرّ بهذا بأنني شرحتُ شفهيًا **للمريض**/ **للوصي** **على المريض** **/ لمترجم المريض** المذكور أعلاه بالكامل وبالتفصيل المطلوب، وبأنه هو/هي وقع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه هو/هي فهم/فهمت الشرح بشكلٍ كامل.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)****إسم الطبيب (ختم)** | **חתימת הרופא****توقيع الطبيب** | **תאריך ושעהالتاريخ والساعة** |

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

שם משפחה/ إسم العائلة:
שם פרטי/الإسم الشخصي:
ת.ז/بطاقة الهوية:
שם האב/إسم الأب:

מדבקת המטופל

**הצהרת המתרגם:** אני מצהיר כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא לשפתו של המטופל/ת וכן את שאלות המטופל לרופא.

**تصريح المترجم:** أنا أصرّح وأؤكد بأنني قمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكلٍ تام وكامل وشرح الطبيب إلى لغة المريض/ة بالإضافة إلى أسئلة المريض للطبيب.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **שם המתרגם/ת** **إسم المترجم/ة** | **חתימת המתרגם/ת****توقيع المترجم/ة** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך ושעה** | **קשריו למטופל/ת** |

 **التاريخ والساعة** **صلته بالمريض/ة**