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- إستمارة موافقة لـِ

**קבלת עירוי לימפוציטים מתורם / Donor lymphocyte infusion**

**الحصول على نقل الخلايا الليمفاوية من متبرع**

בשל מחלת ה/ بسبب مرض الـ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ממנה אני סובל/ת /الذي أعاني منه، لقد أوضح لي أطبائي أنه في هذه المرحلة من مرضي فإن أفضل علاج يمكن أن يشفي من المرض هو نقل الخلايا الليمفاوية من متبرع. أوضح لي أطبائي أن هذا العلاج مقبول وقد أثبت نفسه في حالات اللوكيميا منها اللوكيميا الحادة والمزمنة وأيضًا في أمراض أخرى.

الهدف من العملية هو تشجيع استجابة مناعية في الجسم من أجل زيادة نسبة الخلايا المزروعة وإحداث حالة يمكن أن تعمل فيها الغرسة بشكل أكثر فاعلية ضد المرض الذي أعاني منه.

يتم إجراء نقل الخلايا الليمفاوية من المتبرع كأي نقل طبيعي، أو في حالة كمية قليلة، عن طريق حقن عدد من المليلتر في الوريد مباشرة. تؤخذ الخلايا الليمفاوية من المتبرع الذي سبق له التبرع بالغرسة التي تم استخدامها في عملية زرع نخاع العظم الأصلية.

أصرح وأؤكد بموجب ذلك، أنني تلقيتُ شرحًا مفصلاً بشأن تلقي نقل الخلايا الليمفاوية من متبرع (فيما يلي باسم "الإجراء الرئيسي")

لقد فهمتُ ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشة الإجراء والبدائل العلاجية والمخاطر والفوائد.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا حول بدائل العلاج الحالية لعلاج حالتي: تقليل الجرعة أو وقف الأدوية المثبطة للمناعة، وإعادة زرع نخاع العظم، و/ أو العلاج "الإنفاذ" لتكرار الإصابة بأمراض الدم الأساسي باستخدام العلاج الكيميائي أو الأدوية الأخرى المناسبة لهذا المرض. **هناك حالات لا يوجد فيها بديل معقول**.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا بأنه أثناء نقل الخلايا الليمفاوية لا توجد عادة آثار جانبية، ولكن في حالة متبرع أجنبي أو متبرع مع اختلاف في فصيلة الدم، يتم أحيانًا التحضير قبل إجراء عملية النقل لمنع أعراض الحساسية المحتملة.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا وأنا أفهم ذلك أنه من أجل تلقي نقل الخلايا الليمفاوية قد يتم تركيب قسطرة وريدية مركزية. سيتم استخدام القسطرة لتوفير العلاج والعلاجات الداعمة. يؤدي استخدام الوريد المركزي إلى التخلص من الحاجة إلى إعادة الوخز بالإبر للأوردة المحيطية ويقلل أيضًا من خطر التسرب خارج الوريد للمواد التي يمكن أن تسبب تلف الأنسجة.

يمكن إعطاء حقنة الخلايا الليمفاوية إما من خلال قسطرة مركزية أو من خلال الوريد المحيطي تم إدخال ضخ كبير القطر من خلال الوريد المحيطي. سيتم تحديد ما إذا كانت هناك حاجة إلى تحضير يتضمن أدوية للوقاية من أي رد فعل تحسسي. ستحصل بعد ذلك على حقنة الضخ تدوم عدة دقائق. إذا كانت جرعة الخلايا الليمفاوية جرعة مجمدة، سيتم إذابته بالتوازي مع عملية نقل الدم. بعد إعطاء التسريب. سيكون الإشراف مطلوبًا لمدة نصف ساعة تقريبًا.

שם המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/ إسم المريض**

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

מדבקת המטופל

لقد أوضح لي أنه من المتوقع أن يحدث النشاط المناعي للخلايا بعد حوالي أربعة إلى ستة أسابيع من التسريب، ولكن في بعض الأحيان يتم ملاحظته أيضًا في مرحلة مبكرة.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيت شرحًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك عدم الراحة في موقع الحقن والتي ستستمر لعدة دقائق. قد أشعر بالغثيان أو أشعر بالحرارة والاختناق لبضع ثوان إذا تم تجميد ضخ الخلايا الليمفاوية قبل الانتظار. فقد تلقيتُ شرحًا أنه بعد التسريب قد يتطور نشاط مفرط للزرع ضد الجسم، يسمى مرض الزرع ضد المضيف أو GVH، والذي يمكن أن يظهر في المراحل المبكرة من الحكة والطفح الجلدي والإسهال واليرقان.

في مراحل لاحقة يمكن أن تسبب اضطرابات الغشاء المخاطي والعينين والجلد والمفاصل والرئتين، ونادرًا ما تصيب الأعضاء الأخرى. وأوضح لي أن هذه الظاهرة تحدث بنسبة تصل إلى 60٪ بعد ذلك

كما تلقيتُ شرحًا بأن هذه الظاهرة تحدث بنسبة تصل إلى 60٪ بعد الزرع من متبرع، وقد تكون شديدة في حالات تصل إلى 10٪ من المرضى وتعرض حياتي للخطر. وفقًا لتقديرات طبية، تم التوضيح لي أنه من أجل منع هذا -سأتلقى علاجًا وقائيًا بالأدوية التي تثبط النشاط المناعي لعملية الزرع وتقلل من خطر الإصابة بـ GVH-

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

أنا أعلم وأوافق على تلقي نقل الخلايا الليمفاوية من متبرع وسيتم إجراء جميع 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 המוסד הרפואי / לוגו

**שם המטופל/إسم المريض**

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

מדבקת המטופל

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 ושעה**  **التاريخ والساعة** |

**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 قُمتُ بترجمة هذه الوثيقة بشكل 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**