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 01/22

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة لـِ

**ביצוע טיפול פוטופרזיס חוץ גופי / Extracorporeal Photopheresis**

**إجراء علاج الفصادة الضوئية خارج الجسم**

طبيعة المشكلة الطبية -الأشخاص الذين أُجريت لهم زراعة النخاع العظمي الذين يعانون من مرض الزرع ضد المخزن.

الهدف من العلاج هو التأثير على الجهاز المناعي الجديد (من المتبرع) بطريقة تمنع استجابة الغرسة ضد المخزن.

يتم إجراء العملية باستخدام جهاز خاص في عبوة تستخدم لمرة واحدة، معقمة في نظام مغلق. لغرض العملية، سيتم إدخال قسطرة (قسطرات) في الأوردة. يتم سحب الدم من الوريد وتركيزه في آلة، ومنه سيتم فصله في كيس المكون المطلوب أو إزالة المكون غير الضروري. يتم إرجاع باقي مكونات الدم إلى جسم المريض. سيتم تعريض الخلايا التي يتم إزالتها إلى 8MOP للإشعاع وإعادتها إلى جسم المريض. سيتم تحديد وتيرة العملية بناءً على توصية الطبيب المعالج وطبيب لفصل الدم- إبريس - إزالة مكونات النزيف من المرضى.

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا مفصلًا بشأن إجراء علاج الفصادة الضوئية خارج الجسم (فيما يلي "العملية الرئيسية") لقد فهمت ذلك وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة ومناقشتها حول العملية، البدائل العلاجية، المخاطر والفوائد.

كما تم شرح البدائل العلاجية الحالية لعلاج حالتي: العلاج بالستيرويد بجرعات عالية والعلاج الدوائي الإضافي بالأدوية المثبطة للمناعة بما في ذلك الأدوية التجريبية.

أنا أصرّح وأؤكد بموجب ذلك، أنني تلقيتُ شرحًا مفصّلًا حول الأعراض الجانبية بعد العملية الرئيسية وهي: أثناء العملية، سيتم تخفيف الدم بمضادات التخثر التي لن تتجلط في الأنابيب. نتيجةً لذلك، قد يكون هناك انخفاض مؤقت في مستوى الكالسيوم في الدم. مما يعطي الشعور بخدر في الفم واللسان والأصابع. لمنع هذا الإحساس، سيحصل المريض على حلوى الكالسيوم لامتصاصها. قد يكون هناك أيضًا: ألم أثناء إدخال القسطرة/ القسطرات في التسريب، ونزيف (تنميل) بدلاً من إدخال الإبرة / الإبر. غثيان و/أو قيء أو قشعريرة أو إغماء.

**يطلب من المريض الإبلاغ عن أي إحساس غير طبيعي.**

كذلك اتضح لي أنه بعد العلاج بالضوء يجب ارتداء النظارات الشمسية الداكنة وتجنب التعرض للشمس في يوم العلاج من أجل عدم تسبب بقايا 8MOP بكمية ضئيلة في فرط الحساسية في العين.

بالإضافة لذلك، فقد تلقيتُ شرحًا مُفصلًا حول المخاطر والمضاعفات المحتملة، بما في ذلك نقص كالسيوم الدم (انخفاض مؤقت في الكالسيوم في الدم).

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 على أن إجراء علاج الفصادة الضوئية خارج الجسم وجميع الإجراءات الرئيسية سيتم إجراؤها 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.

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

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.

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 بموجب ذلك، 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 شروحي بشكل كامل.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **שם הרופא (חותמת)** **إسم الطبيب (ختم)**  | **חתימת הרופא****توقيع الطبيب** | **תאריך ושעה****التاريخ 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**