

טופס הסכמה: צינתור לב  
CARDIAC CATHETERIZATION  
הסכמה מואפפת: צנטרת לב

תגרי צנטרת לב לגרז התמתיל ו/או העלג فی אועי القلب الدموية و/או فی القلب نفسه. تُنفذ العملية تحت تأثير تخدير موضعي، ولدى الأطفال تحت تأثير تخدير عام، بواسطة إدخال قسطر عن طريق شريان ناعي حتى منطقة القلب و/أو الشرايين التاجية التي تغذي القلب، تحت تصوير بالأشعة السينية وصور أشعة سينية (رنتجن). يتم بواسطة قسطر خصوصية حقن المريض/بمادة مضادة و/أو تقاس ضغوط. يتم بالقسطرة العلاجية تنفيذ عمليات إصلاح موضعية في القلب أو في شرايينه بواسطة بالون أو قطع خصوصية تركيب على القسطر، بما فيها داعم (STENT). في الحالات التي تُكتشف فيها، في أثناء قسطرة تشخيصية، مشكلة قابلة لعلاج فوري، تُنفذ القسطرة العلاجية استمراراً للقسطرة التشخيصية. يجب أن يبلغ/تبغ المريض/طبيب القسم وطبيب الأشعة السينية في حال وجود مشكلة كلبيوية و/أو حساسية لمادة اليود، قبل إجراء الفحص. اسم المريض/ة:

اسم العائلة/شם משפחה الاسم الشخصي/שם פרטי اسم الأب/שם האב رقم الهوية/ת.ז.

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور

اسم العائلة/شם משפחה الاسم الشخصي/שם פרטי

عن الحاجة إلى إجراء قسطرة قلب تشخيصية و/أو علاجية بما في ذلك إصلاح موضعي في القلب و/أو علاج في الشرايين التاجية بمساعدة بالون و/أو قطع أخرى\*.

فصل علاج

أ

(في ما يلي: "العلاج الأساسي").

أعلن بهذا وأقر بأنني تلقيت شرحاً عن النتائج المأمولة والعوارض الجانبية المحتملة بما فيها الألم وعدم الشعور بالراحة في مُفَرَجَ الرجلين، في مكان إدخال القسطر، وشعور فجائي بالحرارة نتيجة الحقن بالمادة المضادة. كما وُضحت لي المضاعفات المحتملة بما فيها انسداد فجائي أو ضرر في شريان تاجي وتضخم امتلاء عضلة القلب، جُلطة دماغية، إضرار بالأوعية الدموية، نزيف، وتلوث. وُضحت لي المضاعفات المحتملة للحقن بمادة مضادة بما فيها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة، إضرار بعمل الكليتين، وتفاقم في مرض القلب، كما أنه، في حالات نادرة جداً، من الممكن أن تنتهي هذه المضاعفات حتى بالموت. وُضحت لي طرائق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، بما في ذلك الاحتمالات والمضاعفات المنوطة بكل واحد من هذه الإجراءات، الفحوص والعلاجات المنوطة بذلك.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

كما أعلن وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً، وبأنني مُدرك/ة أن هناك احتمالاً لأن يتضح- في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرة- وجود حاجة إلى اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسماني، بما في ذلك عمليات جراحية إضافية، لا يمكن توقعها الآن، بالتأكيد أو كالمثل، غير أن معناها وُضح لي، بما فيها عملية قسطرة علاجية إضافية، عملية جراحية أو عملية طوارئ أخرى تحت تأثير تخدير عام. بناءً عليه، أنا أوافق، أيضاً، على ذلك التغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما في ذلك عمليات جراحية، ستكون- كما يعتقد أطباء المستشفى- حيوية أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسي أو بعده مباشرة.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على تنفيذ تخدير موضعي، بعد أن وُضحت لي مضاعفات التخدير، بما فيها رد فعل تحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير. إذا دعت الحاجة إلى إجراء العلاج الأساسي تحت تأثير تخدير عام فساتلُفَى شرحاً عن التخدير من اختصاصي التخدير.

أنا على علم، كما أنني موافقة/ة على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سُلقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المستشفى وتعليماته. كما أنني لم أتلُق ضماناً أنه سيجري كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المُتبعة في المستشفى، كما يقضي القانون.

توقيع المريض/ة / هتמת החולה

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسائياً)/ חתימת

האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה או חולה/ת נפש)

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة للوصي على المريض/ة\* الوارد أعلاه كلاً، بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقَّعت/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّ/ها فهمت/ت شروحي كاملةً.

رقم الرخصة/ מס' רשיון

توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה



המרכז הרפואי  
הלל יפה  
Hillel Yaffe  
Medical Center

קרדיוולוגיה לא פולשנית: 04-6304488  
04-6341369

ט. נמרץ לב: 04-6304419

טלפון: מכון הלב: 04-6304565  
פקס: 04-6304422

ת.ד. 169, חדרה 38100, ISRAEL | P.O.Box 169, Hadera 38100, ISRAEL

<http://hy.health.gov.il>

המרכז הרפואי הלל יפה מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון, חיפה | מדינת ישראל - משרד הבריאות  
Hillel Yaffe Medical Center affiliated with the Rappaport Faculty of Medicine, The Technion, Haifa | The State of Israel - Ministry of Health