טופס הסכמה: השתלת קוצב דפיברילטור

ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator) Implantation

اِستمارة موافقة: زَرْع مُنظّم مُزيل للرَّجَفان

زَرْع مُنظّم مُزيل للرَّجَفان (في ما يلي "الجهاز")، مُعدّ للحماية من اضطرابات النبض السريعة التي من الممكن أن تُشكّل خطرًا على حياة المريض.
يشتمل الزَّرْع على إدخال إلكترودات عن طريق الأوردة إلى داخل القلب بمساعدة التصوير بأشعة رنتجن، أو إدخال إلكترودات تحت الجلد. يتمّ وَصل الإلكترودات المزروعة بمُنظّم لنبض القلب مُموضَع تحت الجلد.
وسيتمّ في أثناء الزَّرْع التسبّب المقصود باضطرابات في نبض القلب، مُعدّة لاختبار نجاعة الجهاز. وَقْفها عن طريق صَدْمة كهربائية يؤدّي إلى الشعور بعدم الراحة ومن الممكن أن يكون مؤلمًا.
يُنفّذ العلاج، عادةً، تحت تأثير التخدير الموضعيّ، مع أو من دون إعطاء موادّ مهدّئة.

اِسم المريض/ة /שם החולה:

اِسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי	اِسم الأب/ שם האב	رَقْم الهُوِيَّة/ ת. ז.

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنّني تلقّيت شرحًا شفهيًّا مفصّلاً من الدُّكتور/ة _____ اِسم العائلة/ שם משפחה _____ الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי

عن الحاجة إلى **زَرْع مُنظّم لنبض القلب مُزيل للرَّجَفان**: (فيما يلي: "العلاج الأساسيّ").
وُضّح لي أنه في أغلب الحالات بعد زَرْع الجهاز، تتمّ الوقاية من ظواهر اضطرابات نبض القلب.
إنّني أصرّح وأقرّ بهذا بأنّني تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبيّة المتعلقة بالعلاج الأساسيّ، بما في ذلك: الألم والشعور بعدم الراحة في منطقة زَرْع المُنظّم، الذي من الممكن أن يُعيق تشغيل اليد في جانب الزَّرْع.
وقد وُضّحت لي كذلك المخاطر والتعقيدات المحتملة المتعلقة بالعلاج الأساسيّ، بما في ذلك:

- ضرر يلحق بغشاء الرئة واحتمال تثقيب الرئة بالإبرة، وهو ما يستوجب، أحيانًا، إدخال مِصرَف إلى تجويف القفص الصدري.
- تثقّب جدار القلب الذي من الممكن، في حالات نادرة، أن يؤدّي إلى تسرّب دم ملموس سيستدعي تصريف تجويف غشاء القلب من خلال الوَخْز بالإبرة، وحتى إجراء عملية ضرورية أحيانًا.
- تحرّك أحد الإلكترودات من مكانه الذي سيستدعي إجراء عملية مُعادَة لغرض موضعته من جديد.
- النزيف في منطقة الزَّرْع الذي يستدعي، أحيانًا، الفتح والتصريف.
- الالتهاب في منطقة العملية الجراحية الذي من الممكن أن يستوجب إخراج الجهاز، وكذلك العلاج المتواصل بالمضادّات الحيوية أحيانًا.
- حالات هبوط في ضغط الدم خلال العمليّة من الممكن أن تؤدّي إلى هبوط في جريان الدم إلى الدماغ، ومن الممكن في حالات نادرة أن تؤدّي إلى ضرر شبيه بالحادث الدماغيّ (CVA).
- تفاقم ظواهر قُصور القلب، بما في ذلك إمكانيّة الطفح الرئويّ الذي من الممكن يستدعي القيام بإعادة تنفّس في أثناء العملية أو بعدها.

وُضّح لي أنه من المحتمَل بعد الزَّرْع، أيضًا، على مرّ السنين، حدوث عدد من التعقيدات المتعلقة بمعايشة الجهاز، بما في ذلك:

- كسور في الإلكترودات أو في عازلها، التي من الممكن أن تستوجب مُعاوَدة إجراء العملية.
- أعطال فنيّة في الجهاز نفسه، التي من الممكن أن تستدعي، في حالات نادرة، الحاجة إلى تغييره.
- الصدمة الكهربائية التي يُعطيها الجهاز من الممكن أن تكون مؤلمة، ومن الممكن، في حالات معيّنة، أن تُعطى من دون أن يكون هناك اضطراب في النبض، أيضًا، وذلك من جرّاء خطأ الجهاز في التمييز.

إن نسبة انتشار كلّ واحد من التعقيدات التي ذُكرت منخفضة نسبيًّا. وفي حالات نادرة من الممكن أن تتسبّب هذه التعقيدات بالموت. أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسيّ. إنّني أصرّح وأقرُّ بهذا بأنّني تلقّيت شرحًا، وبأنّني أدرك أنّ هناك احتمالاً لأن يتّضح في أثناء العلاج الأساسيّ وجود حاجة إلى توسيع محيطه، إلى تغييره، أو إلى اتّخاذ إجراءات أخرى أو إضافيّة، بما في ذلك عمليّات جراحيّة أخرى، من أجل إنقاذ حياة أو منع ضرر جسمانيّ، لا يمكن توقّعها الآن، بالتّأكيد أو كاملةً، غير أنّ معناها وُضّح لي. وبناءً عليه، إنّني أوافق على ذلك التّوسيع، أيضًا، التّغيير، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافيّة، بما في ذلك عمليّات جراحيّة، ستكون، كما يعتقد أطبّاء المؤسّسة، حيويّة أو مطلوبة في أثناء العلاج الأساسيّ.
تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير موضعيّ وتهدئة عامّة، بعد أن وُضّح لي أن استخدام الأدوية المُهدّئة من الممكن أن يؤدّي، في أحيان نادرة، إلى اضطرابات في التنفّس وإلى اضطرابات في عمل القلب، خصوصًا لدى مرضى القلب ومرضى جهاز التنفّس، وكذلك الخطر المحتمَل لحدوث ردّ فعل تحسّسيّ لموادّ التخدير الموضعيّ.
إذا تقرّر تنفيذ العلاج الأساسيّ تحت تأثير التخدير العامّ فسأتلقّى شرحًا عن التخدير من اختصاصيّ التخدير.
أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يقوم بتنفيذ العلاج الأساسيّ والإجراءات الأخرى جميعها مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسّسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُنفّذها كلّها أو أن يُنفّذ قسمًا منها شخص معيّن، وبشرط أن تتمّ بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسّسة كما يقضي القانون.

التّاريخ/ תאריך	السّاعة/ שעה	توقيع المريض/ة /חתימת החולה

اِسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيّ (في حالة فَقْد الأهليّة، قاصر/ة، أو مريض/ة نفسانيّة)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

أقرُّ بهذا بأنّني شرحت شفهيًّا للمريض/ة للوصيّ على المريض/ة* كلّ ما ورد أعلاه بالتّفصيل المطلوب، وبأنّها/ه وقّعت/وقّع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّها/ه فهمت/فهم شروحي كاملةً.

اِسم الطّبيب/ة/ שם הרופא/	توقيع الطّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה	رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון

*يُرجى شطب الزّائد/ מחק/י את המיותר

קרדיולוגיה לא פולשנית:04-6304488
פקס: 04-6304422
ט. נמרץ לב: 04-6304419טלפון: מכון הלב: 04-6304565
04-6341369
ת.ד. 169, חדרה 38100 P.O.Box 169, Hadera 38100, ISRAEL
http://hy.health.gov.il
המרכז הרפואי הלל יפה Hillel Yaffe Medical Center
המרכז הרפואי הלל יפה מסונף לפקולטה לרפואה ע"ש רפפורט הטכניון, חיפה | מדינת ישראל - משרד הבריאות
Hillel Yafe Medical Center affiliated with the Rapparort Faculty of Medicine, The Technion, Haifa | The State of Israel - Ministry of Health