טופס הסכמה: טיפול בהמודיאליזה HEMODIALYSIS

דיַלְזַת הדם هي علاج بديل لعمل الكليتيْن الطبيعيّ، وهو مُخصّص للأشخاص الذين يعانون قُصورًا كُلْيَويًّا مُتقدّمًا. وهذا العلاج حيويّ للحفاظ على الحياة، إلا أنه لا يؤدّي إلى الشفاء.
تقوم ماكنة ديَلزة الدم بتصفية الجسم وتنظيفه من موادّ النفايات، بدلاً من الكُلْيَتيْن. ولغرض وصل المريض/ة بماكنة دَيَلزَة الدم يجب أن يتمّ عن طريق عمليّة جراحية تجهيز وصلة بين عرق ووريد في إحدى اليديْن (تَحْويلة، SHUNT). وفي حالات معيّنة، وعند عدم وجود هذه التحويلة، يتمّ إدخال قِطْطار مؤقت في واحد من أوردة الجسم. إن إدخال الإبرة إلى التحويلة أو إلى الوريد من الممكن أن يتسبّب بالألم، حيث يُمكن إجراء ذلك تحت تأثير التخدير الموضعيّ.
وكإجراء مُكمّل لدَيَلزَة الدم يُطلب الحفاظ بحرص على حمْية (رجيم) خاصّة، تناول أدوية معيّنة، والحفاظ على نمط حياة وَفقًا لتوجيهات الطاقم المعالِج.
يُجرى العلاج عددًا من المرّات خلال الأسبوع، وذلك وَفقًا لحالة المريض/ة، في قسم دَيَلزَة الدم في المستشفى أو في وَحدة جماهيرية خارجه، يستغرق العلاج عددًا من الساعات، وبعد أخذ قسط من الراحة يكون في إمكان المريض/ة، عادة، أن يعود/تَعود إلى ممارسة حياته/ها.

اسم المريض/ة /שם החולה:

إسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشّخصيّ/ שם פרטי	إسم الأب/ שם האב	رَقم الهُويّة/ ת. ז.

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

عن الحاجة إلى تلقّي العلاج بدَيَلزَة الدم. وقد شُرح لي عن الإجراء العلاجيّ ونمط الحياة المطلوب.
شُرح لي عن العوارض الجانبية الخاصّة بالعلاج الأساسيّ، بما في ذلك: الضعف العامّ، الشعور بعدم الراحة والألم عند إدخال الإبرة في التحويلة أو في الوريد.
وقد شُرح لي كذلك عن التعقيدات المحتملة الخاصّة بالعلاج: الالتهاب الحاصل في موضع التحويلة أو الالتهاب العامّ (تعفن الدم)، الاضطرابات القلبية، هبوط ضغط الدم، النزيف الحاصل نتيجة لتناول أدوية مضادّة للتخثر، فقر الدم (الأنيميا) الناتج عن أخذ عيّنات دم كثيرة وفقدان الدم عند إجراء دَيَلزَة الدم، الاضطرابات في الجهاز الهضميّ، مرض في العظام، تسريع عملية تكلس الشرايين، أمراض متعلقة بالجهاز العصبيّ، جلطة هوائيّة من الممكن أن تؤدّي (في حالات نادرة) إلى الشلل وحتى إلى الموت وإلى ترسّب النشويد في أعضاء مختلفة.
أصرّح بأنني تلقّيت شرحًا عن طرق العلاج البديلة لدَيَلزَة الدم، أيضًا، الإمكانيات الخاصّة بظروف الحالة، بما في ذلك الاحتمالات والتعقيدات المتعلقة بكلّ واحد من هذه العلاجات، وإنني أعطي بهذا موافقتي على إجراء العلاج بدَيَلزَة الدم.
تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على إجراء جراحة تحْويلة (SHUNT) تحت تأثير تخدير موضعيّ، وتحت تأثير تخدير عامّ بمقتضى الحاجة. وُضّحت لي التعقيدات الممكنة المتعلقة بالتخدير الموضعيّ، بما في ذلك ردّ الفعل التحسّسيّ بدرجات مختلفة لموادّ التخدير والإصابة العصبية. وُضّحت لي التعقيدات المحتملة في حال الحاجة إلى التخدير العامّ بما في ذلك الإضرار بالأسنان، الإضرار بالأوتار الصوتية نتيجة للتّنبيب (إدخال الأنابيب)، وردّ الفعل التحسّسيّ لموادّ التخدير الذي من الممكن، في حالات نادرة جدًّا، أن ينتهي حتى بالموت.
وُضّح لي أن إدخال قِطْطار مؤقت، من دون تحويلة، ينطوي على الألم الذي من الممكن أن يزداد تعقيدًا بالتهاب موضعيّ أو عامّ طفيف حتى صعب. النزيف الناتج عن إصابة وعاء دمويّ كبير من الممكن أن يستدعي إجراء عملية جراحية لإصلاح الضرر. إذا تمّ إدخال القِطْطار في الوريد الواقع تحت التَّرقُوة، فإن هناك خطرًا لحدوث تجمّع للهواء في الصدر سيستدعي إدخال مِصرَف إلى القفص الصدري.
أنا أعلم وأوافق على أن يُنفّذ العملية الجراحية وكلّ علاجات دَيَلزَة الدم مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة وتعليمات المستشفى/الوَحدة الجماهيرية، وذلك بالمسؤوليّة المُتبعة وكما يقضي القانون، وأن المسؤول عن العملية الجراحية سيكون* _____ إسم الطبيب/ة

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

إسم الوصيّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيّ (في حالة فقد 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 كاملة.

إسم الطّبيب/ة/ שם הרופא/ה	توقيع الطّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה	رَقم الرُّخصة/ מס' רשיון

*يُعبّأ في حال مريض/ة خاصّ/ة/ מלא במקרה של חולה פרטי **يُرجى شطب الزّائد/ מחק/י את המיותר

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ-דם

משרד הבריאות

החברה לניהול סיכונים ברפואה