



سيتم إعداد مستند الموافقة هذا في نسختين (نسختين) ، نسخة واحدة للمريض أو سيتم إعطاؤه لأقرباء المريض.

إسم المريض و نسبه :
رقم الدخول للمشفى :
تاريخ الميلاد :

عزيزي المريض / المحامي / الممثل القانوني ؛

يحق لك الاطلاع على حالتك الصحية وجميع أنواع الإجراءات الطبية والجراحية والتشخيصية الموصى بها لك وبدائلها ومزاياها ومخاطرها وحتى الضرر المحتمل ، ورفضها أو قبولها كلها أو بعضها أو إيقاف الإجراءات في أي مرحلة لديك.

تم إعداد هذا المستند ، الذي نريد منك قراءته وفهمه ، ليس لإخافتك أو لإبعادك عن الممارسات الطبية ، ولكن لإبلاغك والحصول على موافقتك في تحديد ما إذا كنت ستوافق على هذه الممارسات.

1. محتوى العلاج الموصى به (طرق التشخيص والعلاج) :

إنه فحص يتم إجراؤه لغرض تصوير وظائف الكلى وأنظمة التجميع والجهاز البولي بأكمله عن طريق أخذ صور شعاعية متسلسلة في فترات زمنية معينة بعد الحقن في الوريد لعوامل التباين باليود. الموعد مطلوب.

2. الفوائد المتوقعة من الإجراء / العلاج :

إنه شرح مفصل للهياكل والاضطرابات الهيكلية للأعضاء التي تتكون منها أجسامنا. باستخدام هذه المعلومات ، يمكن تسهيل تشخيص مريضنا ، وسيكون من الممكن اختيار العلاج المناسب وفقاً للتشخيص ومتابعة العلاج.

3. النتائج التي قد يتم الالتزام بها في حالة عدم تطبيق الإجراء / العلاج :

إذا توقفت عن إجراء العملية بموافقة طبيبك ، فقد تتأخر عملية التشخيص والعلاج.

4. البدائل للإجراء / العلاج الموصى به ، إن وجد :

في بعض الحالات ، يمكن استخدام فحوصات إشعاعية أخرى مثل الرنين المغناطيسي والتصوير بالموجات فوق الصوتية والتصوير الشعاعي المباشر (الأشعة السينية) بدلاً من التصوير المقطعي. ومع ذلك ، يمكن للأطباء المتخصصين فقط تحديد ما إذا كانت الطرق الأخرى المذكورة مناسبة لك أم لا.

5. الوقت المقدر للعملية :

يختلف بين أربع إلى خمس دقائق

6. المخاطر - مضاعفات الإجراء - الأدوية المستخدمة وخصائصها :

في الفحوصات الإشعاعية التي تتطلب إعطاء عامل تباين عن طريق الوريد (مثل تصوير الجهاز البولي عن طريق الوريد ، التصوير الطبقي المحوري) ، يمكن أن تظهر بعض المضاعفات تفاعلات جلدية بسيطة مثل الشعور بالغثيان ، والحرقان في الذراع ، وتقرح الجلد ، والاحمرار ، والحكة ، والوذمة أو نادراً جداً

(واحد في من عشرة آلاف إلى خمسة ، 1-5 / 10000) يمكن أن تظهر مضاعفات مهددة للحياة بشكل خطير (مثل الاختناق والصدمة) وردود فعل تحسسية غير متوقعة. يجب على مرضى غسيل الكلى إخطار الفني بحالتهم قبل التصوير. بعد حقن مادة التباين ، يبقى المريض تحت الملاحظة لمدة 30 دقيقة. في غضون ذلك ، إذا واجهت أي إزعاج متعلق بالتصوير فأخبرنا بذلك.

7. إذا كنت بحاجة إلى الحصول على مساعدة بشأن نفس المشكلة :

يمكنه تقديم طلب إلى الطبيب الذي يريد الفحص مرة أخرى

نعم / لا

- هل أجريت تصوير الطبقي المحوري من قبل ؟

نعم / لا

- هل استخدمت مادة التباين أثناء تصوير الطبقي المحوري و حدث ردة فعل ؟

نعم / لا

- هل لديك حساسية اتجاه مادة اليود و الدواء ؟

نعم / لا

- هل أجريت لك عملية من قبل ؟

.....

إذا كان جوابك " نعم " في أي منطقة من جسمك أجريت العملية؟

نعم / لا

- هل أصبت بنوبة ربو

نعم / لا

- هل لديك أية مشاكل في الكلى ؟

نعم / لا

- هل هناك أي صدمة / حادث سابق ؟

نعم / لا

- هل هناك حمل أو إشتهاء في حمل ؟



الإجراء من قبل من سينفذ ؟

الإجراء سينفذ من قبل مختص في قسم الأشعة .

ملاحظات إضافية :

بيان موافقة المريض أو الوالد أو الوصي :

* لقد فهمت جميع المعلومات التي أعطيت لي ويمكنني التعبير عنه.

* أجاب طبيبي على أسئلتني بطريقة مفهومة.

* أعرف ما هو تشخيص مرضي أو إصابتي والأسباب المحتملة.

* أعرف ما هي خيارات العلاج الموصى بها لمشكلتي.

* أعتقد أن الإجراء المقترح هو الأفضل بالنسبة لي.

* أعرف الفوائد والمخاطر والعيوب والآثار الجانبية لهذا الإجراء.

* أعرف ما هو احتمال النجاح.

* أعرف ما إذا كان هناك أي علاج آخر لمشكلتي. لقد قيل لي ما هي المخاطر والفوائد ، إن وجدت.

* أعرف ما يمكن أن يحدث عندما لا أتلقى العلاج.

* أعرف ما تعنيه "معلومات المريض واستمارة الموافقة".

* أوافق على كل شيء في النموذج الذي وقعت عليه و حذف ما لم أوافق عليه وكان طبيبي على علم بهذه التغييرات.

* أنا عاقل ولا أشعر بالضيق والضغط لاتخاذ قراري.

* أشعر أنني سأستفيد بشكل كافٍ من هذا التدخل الطبي وأن الفوائد تفوق المخاطر التي أتحملة.

* أعلم أنني لست مضطراً للموافقة على هذه المحاولة إذا لم أرغب في ذلك.

أعتقد أنه قد تم إعطائي معلومات كافية ومرضية حول صحتي والتطبيقات التي يجب تقديمها مع إجابات لأسئلتني ومكتوبة في المستند أدناه فيما يتعلق بعملية العلاج الموضحة أعلاه ، وأوافق على هذا من خلال التوقيع على هذا النموذج بإراداتي الحرة دون أي ضغط.

إذا كان المريض يعاني من مشاكل في التواصل ، فيمكنه الحصول على دعم باللغات الألمانية والعربية والإنجليزية والروسية والفارسية والفرنسية على مدار 24 ساعة في اليوم ، 7 أيام في الأسبوع ، من الموظفين الذين يتحدثون اللغة ذات الصلة أو المريض الدولي دعم وحدة الترجمة ومركز الاتصال

0850288 38 38 (UHDB).

اسم وكنية المترجم: التاريخ:/...../20..... وقت التوقيع:...../...../.....

من فضلك ، إكتب بخط يدك ، " قرأت وفهمت وأوافق. وأستلمت نسخة مما قيل لي عن مرضي ومدة العلاج."



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
الجمهورية التركية
وزارة الصحة
مستشفى العمرانية
للتعليم والبحوث العلمية

معلومات المريض واستمارة الموافقة للتصوير الطبقي المحوري BT

إذا كان المريض واعياً"	إذا كانت المريض تحت سن 18, أو إذا لم يكن المريض واعياً" وكان هناك ممثل قانوني له
إسم المريض و نسبته : التوقيع : التاريخ و الساعة :	إسم الممثل القانوني أو الوصي : التوقيع : التاريخ و الساعة :
إسم المسؤول الطبي : التوقيع : التاريخ و الساعة :	إسم المسؤول الطبي : التوقيع : التاريخ و الساعة :

الممثل القانوني: هو الوصي على الوصية ، وأولياء الأمور للقصر ، والورثة الشرعيون من الدرجة الأولى في غيابهم.
ملاحظة: يجب على كلا الوالدين (الوصي) للمريض دون سن 18 التوقيع.
إذا كان أحد الوالدين فقط لديه التوقيع ، يجب على الموقع أن يثبت أنه يعتني بالطفل بنفسه أو أن الوالد الآخر لديه الإذن.