



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

إسم المريض و نسبته :
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. الإجراء الواجب اتخاذه:

* التصوير بالرنين المغناطيسي هو جهاز متقدم للغاية يسمح بالتقاط صور لجسمك. الميزة الرئيسية لجهاز التصوير بالرنين المغناطيسي هي أنه لا يحتاج إلى أشعة ضارة (أشعة إكس) المستخدمة في الأشعة السينية والتصوير الطبقي المحوري.

* جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي هو في الواقع مغناطيس كبير وقوي. لهذا السبب يجب على المرضى الذين سيدخلون هذا الجهاز ، و على المرافقين الذين سيقفون بالقرب من الجهاز عدم حملهم الأشياء المعدنية مثل المفاتيح والأقلام والأسلحة والأقراط والقلائد ، التي سوف يجذبها هذا المغناطيس ، وإذا لزم الأمر الأجهزة الإلكترونية / المغناطيسية مثل الساعات وبطاقات الانتماء والهواتف المحمولة التي سيتم تعطيلها بواسطة المغناطيس ؛ لا يجب أن يكون لدى المرضى أطراف صناعية أو أجسام غريبة (مثل الشظايا المعدنية وقطع الشظايا) التي سيتم تحريكها وتسخينها بواسطة المغناطيس والأجهزة الكهرومغناطيسية (مثل أجهزة تنظيم ضربات القلب وصمامات القلب والأذن الاصطناعية) التي ستؤثر على عملهم.

* إذا كان هناك أي شيء معدني أو إلكتروني عليك أو على جسمك قد يتأثر بالرنين المغناطيسي ، أو إذا كنت تشك في وجود مثل هذه الأشياء ، فيجب عليك بالتأكيد إبلاغ في التصوير بالرنين المغناطيسي قبل دخول غرفة التصوير بالرنين المغناطيسي. إذا كانت لديك أطراف اصطناعية معدنية أو إلكترونية في جسمك ، فيجب عليك إحضار خطاب رسمي من طبيبك يفيد بأنها متوافقة مع التصوير بالرنين المغناطيسي. لا تتحرك أبدًا أثناء الفحص. حتى الحركة الصغيرة يمكن أن تتسبب في تدهور كل الصور. ستسمع أصواتًا قوية جدًا داخل الجهاز. هذا هو الصوت العادي للجهاز. من أجل سلامتك ، سيتم مراقبتك من قبل موظفينا الموجودين خارج غرفة التصوير طوال فترة التصوير بأكملها.

2. 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.

3. الفوائد المتوقعة من الإجراء / العلاج:

الميزة الرئيسية لجهاز التصوير بالرنين المغناطيسي هي أنه لا يحتاج إلى أشعة ضارة (أشعة إكس) المستخدمة في الأشعة السينية والتصوير الطبقي المحوري. إذا لم يتم تنفيذ الإجراء / العلاج ، قد تتأخر عملية التشخيص والعلاج بسبب ظهور العقبات.

4. بدائل الإجراء / العلاج الموصى به ، إن وجد:

بعد التصوير بالرنين المغناطيسي الفحص الأكثر تقدمًا للأنسجة الرخوة بين طرق التصوير الإشعاعي. لا توجد طريقة تصوير بديلة

5. الوقت المقدر للعملية:

قبل 30 دقيقة من الموعد تعال إلى MR

ومع ذلك ، قد يستغرق فحص المرضى قبل أن تتمكن في بعض الأحيان وقتًا طويلاً أو قد يتم أخذ مرضى الطوارئ قبلك. قد يستغرق التصوير من 10 إلى 45 دقيقة .

6. المخاطر - مضاعفات الإجراء:

اعتمادًا على نوع المرض الذي تعاني منه ، قد يتم إعطاؤك صبغة (مادة تباين) عن طريق الوريد. نادرا ما تسبب هذه المادة ردود فعل تحسسية لدى بعض المرضى. يمكن أن تحدث التفاعلات المذكورة أيضًا في شكل الحساسية المفرطة ، والتي نادراً ما تؤدي إلى الوفاة. ونادراً ما يمكن ملاحظة صداع ودوخة وغثيان وانحراف في حاسة الذوق والشم وإحساس بالدفع العام والسعال وعدم انتظام مؤقت في معدل التنفس. بالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن يسبب إحساسًا بالضغط الموضعي والاحمرار والألم في موقع الحقن.

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

يمكنه تقديم طلب إلى الطبيب الذي يريد الفحص مرة أخرى

يجب على مرضى غسل الكلى والنساء الحوامل والمرضعات إبلاغ الفني عن حالتهم قبل إطلاق النار



معلومات المريض للتصوير المغناطيسي MR
واستمارة الموافقة

نعم / لا

هل أجريت لك عملية جراحية من قبل؟

إذا كانت إجابتك "نعم" ، فمن أي منطقة من جسمك أجريت الجراحة؟

نعم / لا

هل تعاني من حساسية تجاه أي دواء؟

نعم / لا

هل تعاني من أي مرض في الكلى؟

نعم / لا

هل أنت على غسيل الكلى؟

* المرضى الذين يعانون من جهاز تنظيم ضربات القلب ، رصاصة ، شظايا ، جسم معدني غريب داخل العين ، غرسة قوقعة ، لا يمكن للمرضى الذين تم وضع دعامة له في الوريد في الشهرين الماضيين والمرضى الذين يعانون من مقاطع تمدد الأوعية الدموية القديمة (قبل عام 1990) دخول جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي تحت أي ظرف من الظروف. في مثل هذه الحالات ، يجب إبلاغ الموظفين المعنيين بذلك.

* إذا كان هناك مقاطع تمدد الأوعية الدموية ، ودعامة داخل الأوعية ، وصمامات قلب اصطناعية وأطراف صناعية في أطراف أخرى في جسمك ، يجب عليك إحضار تقرير من طبيبك المختص بأن الأجهزة متوافقة مع جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي.

* إذا وجد، بدلة الأسنان القابلة للإزالة وسلسلة المفاتيح وبطاقة الائتمان والهاتف المحمول وجميع أنواع الأجهزة الإلكترونية والأسلحة ودبابيس الشعر والأجهزة السمعية والساعات والمجوهرات الأخرى أتركها في غرفتك واترك غرفتك مغلقة.

* يتم التصوير بواسطة فني الأشعة ويستغرق حوالي 10-45 دقيقة لكل منطقة. سوف تستمر بالاستلقاء على ظهرك لفترة من الوقت؛ يرجى إعلامي إذا كنت لا تستطيع ذلك.

* يتم إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي لتسهيل تشخيص المريض بصور مقطعية باستخدام دقة عالية للأنسجة الرخوة.

* يتم إعطاء مادة التباين للمرضى الذين يخضعون للتصوير بالرنين المغناطيسي عند الضرورة. نظرًا لأن مادة التباين لا تحتوي على اليود ، فإن خطر الإصابة بالحساسية منخفض جدًا ، ولكن يمكن أن يسبب الحساسية لبعض المرضى ، وإن كان ذلك قليلاً جدًا.

* إذا كنت حاملاً أو هناك إشتباه في حمل ، أبلغ الموظفين المعنيين قبل الذهاب إلى التصوير بالرنين المغناطيسي.

* يمكن أن تسبب الموجات الصوتية عالية التردد المنبعثة أثناء التصوير بالرنين المغناطيسي فقدان السمع. إذا كنت تعتقد أن الموجة الصوتية عالية التردد ستؤذيك ، فاطلب من المصاحب سدادات أذن أو اطلب من طبيبك إلغاء التصوير.

* اعتمادًا على خصائص الجهاز ، قد يحدث تسخين على جدران الجهاز أثناء التصوير المطول. عندما يتم الشعور بمثل هذا الموقف ، يجب إخبار الشخص المسؤول.

ملاحظات إضافية :

بيان موافقة المريض أو الوالد أو الوصي :

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

* أجاز 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 قرار.

* 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 ضغوط.

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

38 38 0850288 (UHDB).



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
الجمهورية التركية
وزارة الصحة
مستشفى العمراية
للتعليم والبحوث العليمة

معلومات المريض للتصوير المغناطيسي MR
واستمارة الموافقة

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

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

الممثل القانوني: هو الوصي على الوصية ، وأولياء الأمور للقصر (تحت 18عاما) الأم أو الأب ، والورثة الشرعيون من الدرجة الأولى في حال غيابهم.

إسم المريض و نسبته أو إسم الممثل القانوني أو الوصي:

التاريخ: 20...../...../..... و الساعة:...../...../.....

التوقيع :

اسم الشاهد ولقبه (إذا لزم الأمر):

التاريخ: 20...../...../..... و الساعة:...../...../.....

التوقيع :

أؤكد أنني أخبرت المريض أو المسؤول القانوني عن سبب وفوائد الإجراء / التدخل المذكور أعلاه ، والعواقب إذا لم يتم تطبيقه ، وبدائل الإجراء ، والمخاطر / المضاعفات ، والمدة ، والأدوية اللازمة يتم استخدامها ، والرعاية اللازمة بعد العملية ، وكيفية الحصول على المساعدة الطبية بعد الإجراء عند الضرورة.

إسم و كنية الدكتور:

التاريخ: 20...../...../..... و الساعة:...../...../.....

التوقيع :