הרצליה
מדיקל
סנטר

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב דרך הוושט
Transesophageal Echocardiogram (TEE)
اِستمارة موافقة: فحص صدى القلب عن طريق المريء

يقوم الفحص باختبار مبنى القلب ونشاطه من خلال استخدام أمواج فوق صوتية (أولْتراساوند). فلغرض الحصول على صورة أكثر تفصيلاً للقلب (ممّا هي عليه في فحص الصدى العاديّ) يتمّ إدخال أنبوب ليّن إلى المعدة عن طريق المريء يصل قطره إلى نحو 1 سم (مِنظار داخليّ) في طرفه مُحوِّل طاقيّ. يتمّ تنفيذ الفحص بعد تخدير الحلق بمساعدة الرشّ بمادّة معيّنة، وعادة ما يكون ذلك، أيضًا، عن طريق تخدير جزئيّ من خلال إعطاء دواء مهدّئ عن طريق الوريد. يتمّ إجراء الفحص بالاستلقاء على الجنب الأيسر، ويستغرق الفحص، عادة، 10-20 دقيقة.

اِسم المريض/ة/ שם החולה: _____ _____ _____

اِسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי اِسم الأب/ שם האב

رَقْم الهُوِيَّة/ ת. ז.

أصرّح وأقرُّ بهذا بأنَّني تلقَّيت شرحًا شفهيًّا مفصَّلاً من الدُّكتور/ة

_____ _____

اِسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشَّخصيُّ/ שם פרטי

عن مجرى فحص صدى القلب عن طريق المريء (فيما يلي: "الفحص الأساسيّ").

إنني أصرّح وأقرّ بهذا بأنني تلقّيت شرحًا عن العوارض الجانبية المتعلّقة بالفحص الأساسيّ، بما في ذلك: الغثيان، السعال العابر، أو الشعور بألم طفيف في الحلق بعد الفحص.
وقد وُضّح لي كذلك أن الخطر الكامن في الفحص، وإن كان نادرًا جدًّا، هو حدوث نزيف أو تمزّق في المريء، خصوصًا لدى المرضى الذين يعانون تضيّق المريء و/أو اضطرابًا في البلع. فقد تكون هناك حاجة في هذه الحالات إلى إجراء تصحيح بعملية جراحية. وفي حالات أكثر نُدرة، من الممكن أن يؤدّي هذا التعقيد إلى الوفاة.
المرضى الذين يعانون تقلقل أو تسوّس الأسنان من الممكن أن يلحق ضرر بأسنانهم.
أمنح بهذا موافقتي على إجراء الفحص الأساسيّ.
تُعطى موافقتي بهذا، أيضًا، على إجراء تخدير موضعيّ عن طريق الرشّ بمادّة معيّنة، وعلى إجراء تخدير جزئيّ عن طريق الحقن بموادّ مهدّئة في الوريد بعد أن وُضّح لي أن الأدوية المهدّئة من الممكن أن تؤدّي إلى اضطرابات في التنفس خصوصًا لدى المصابين بمرض رئويّ صعب. وقد وُضّح لي كذلك أنه في حال التخدير الجزئيّ قد يتمّ استنشاق مُحتوًى معِديّ إلى الرئتيْن خصوصًا لدى المفحوصين غير الصائمين.
أنا على علم، كما أنَّني أوافق على أن يُنفّذ الفحص الأساسيّ والإجراءات الأخرى جميعها مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسَّسة وتعليماتها. كما أنّه لم يُضمن لي أن يُجريها كلّها أو أن يُجري قسمًا منها شخص معيَّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في المؤسَّسة، وبالخضوع إلى القانون.

Herzliya Medical Center 7 Ramat Yam St., Herzliya Pituach, Israel 4685107 **הרצליה מדיקל סנטר** רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח
Web. www.hmc.co.il www.hmcisrael.com Email. information@hmc.co.il Fax.+972.9.9592403 פקס. Tel.+972.9.9592555 *9599 טלפון.

الأساسي تحت تأثير تخدير ناحيٍّ أو عامٍّ، فسأتلقَّى شرحًا عن التَّخدير من اختصاصيِّ التَّخدير.
أنا على علم، كما أنَّني موافق/ ة على أن يُنفَّذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنَّني لم أتلقَّ ضمانة أنَّه ستُجرى كلُّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيَّن، شريطةَ أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التَّاريخ/ תאריך	السَّاعة/ שעה	توقيع المريض/ ة/ חתימת החולה

اسم الوصيِّ (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيِّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيًّا)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)

أقرُّ بهذا بأنَّني شرحت شفهيًّا للمريض/ة / للوصيِّ على المريض/ ة* الوارد أعلاه كلَّه، بالتَّفصيل المطلوب، وبأنَّه/ ها وقَّع/ ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّه/ ها فهم/ ت شروحي كاملةً.

اسم الطَّبيب/ ة/ שם הרופא/ה	توقيع الطَّبيب/ ة/ חתימת הרופא/ה	رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון

*يُرجى شطب الزَّائد / מחק/ י את המיותר .