

טופס הסכמה: היפוך חשמלי של קצב הלב (ELECTRICAL CARDIOVERSION)

إستمارة موافقة: تقويم نظم القلب بالصدمة الكهربائية

יتم تنفيذ العلاج في حالات حدوث اضطرابات في نبض القلب.
ولغرض إجراء التقويم يتم استخدام راحات أو لصائق توضع على القفص الصدري، حيث يتم من خلالها تمرير تيار كهربائي قوي لهدف تنظيم نبض القلب.
يتم تنفيذ العلاج بعد حقن الوريد بمواد مهدئة.

اسم المريض/שם החולה:

اسم العائلة/שם משפחה الاسم الشخصي/שם פרטי اسم الأب/שם האב رقم الهوية/ת.ז.

אשרח وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/

الاسم الشخصي/שם פרטי

اسم العائلة/שם משפחה

عن الحاجة إلى إجراء تقويم نظم للقلب بالصدمة الكهربائية: (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

وُضِح لي أنه في أغلب الحالات ينجح التقويم ويعود نبض القلب إلى انتظامه، ولكن هناك احتمالاً، أيضاً، لعدم زوال اضطراب النبط أو حتى لأن يتفاقم بعد إجراء التقويم، أو لأن يزول ويُعاود ثانياً بعد وقت قصير أو طويل.

وقد وُضِح لي كذلك طرق العلاج البديلة الممكنة وفقاً لحالتي، بما في ذلك: بداية أو مواصلة علاج دوائي احتمالات نجاحه أقل من احتمالات نجاح التقويم الكهربائي.

وقد وُضِح لي كذلك أن هناك حالات يمكن فيها مواصلة العيش مع اضطراب في نبض القلب.
إنني أُصرِّح وأقرُّ بهذا بأنني تلقيت شرحاً عن العوارض الجانبية المتعلقة بالعلاج الأساسي، بما في ذلك: الآلام الموضعية و/أو اكتواء الجلد الطفيف في منطقة الصدر، أو الشعور بالألم في أثناء التقويم رغم التهدئة. وقد وُضِح لي كذلك التعقيدات المحتملة المتعلقة بالعلاج الأساسي، بما في ذلك: الحادث الدماغي، إثر وصول انسداد (تجلُّط) دموي إلى الدماغ، وصول تخثر دموي إلى أوعية دموية في أعضاء أخرى من الجسم، نبض القلب البطيء جداً الذي من الممكن أن يستوجب إدخال مُنظِّم مؤقت لنبض القلب أو ثابت، اضطرابات النبط البطينية التي من الممكن أن تكون خطيرة والطفح الرئوي.

أعطي بهذا موافقتي على تنفيذ العلاج الأساسي.

تُعطى بهذا موافقتي، أيضاً، على حقن الوريد بمواد مهدئة بعد أن وُضِح لي أن استخدام المواد المهدئة من الممكن أن يؤدي، في حالات نادرة، إلى اضطرابات في التنفس وإلى اضطرابات في عمل القلب، خصوصاً لدى مرضى القلب ومرضى جهاز التنفس، وكذلك الشعور العام بالسوء بعد نفاذ مفعولها.

الأساسي تحت تأثير تخدير ناحيّ أو عامّ، فسأتلقي شرحًا عن التّخدير من اختصاصيّ التّخدير.
 أنا على علم، كما أنّني موافق/ة على أن يُنفذ العلاج الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك،
 حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنّني لم أتلّق ضمانة أنّه ستُجرى كلّها أو سيُجرى قسم منها بيد إنسان معيّن، شريطة
 أن تُجرى بالمسؤوليّة المُتّبعة في المؤسسة، كما يقضي القانون.

التّاريخ/ تاريخ	السّاعة/ שעה	توقيع المريض/ة / חתימת החולה
اسم الوصيّ (القراية)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصيّ (في حالة فقد الأهليّة، قاصر، أو مريض/ة، نفسانيّ)/ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין/ה או חולה/ת נפש)	

أقرُّ بهذا بأنّني شرحت شفهيًا للمريض/ة / للوصيّ على المريض/ة * الوارد أعلاه كلّهُ، بالتّفصيل المطلوب، وبأنّه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنّه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

اسم الطّبيب/ة / שם הרופא/ה	توقيع الطّبيب/ة / חתימת הרופא/ה	رقم الرّخصة/ מס' רשיון
* يُرجى شطب الرّائد / מחק/ י את המיותר .		