

نموذج موافقة قسطرة القلب

قسطرة القلب تجرى من اجل تشخيص او/ و علاج الاوعية الدموية القلبية او القلب نفسه , العملية تتم تحت تخدير موضعي و بالاطفال تحت تخدير كامل .
العملية تتم عن طريق ادخال سلك من شريان بالاطراف حتى القلب او/ و الشرايين التاجية التي تغذي القلب و ذلك تحت تنظير اشعة رنتجن . و يمكن استعمال اسلاك اخرى خاصة لحقن مادة مضادة (مادة ملونة) او لقياس الضغط .
بالقسطرة العلاجية تجري اصلاح موضعي بالقلب او في شرايينه عن طريق ادخال بالون او وسائل اخرى تكون مركبه على اسلاك و من ضمنها ساند او شبكة stent .
في الحالة التي يتم فيها اكتشاف مشاكل من خلال القسطرة التشخيصية و التي يمكن علاجها حالاً نجري عملية القسطرة العلاجية التي تكمل القسطرة التشخيصية .
على المريض ان يخبر طبيب القسم و طبيب الاشعة اذا كان يعاني من مشاكل في الكلى او/ و حساسية لليود قبل موعد العملية .

اسم المريض/ه:

اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____ اسم الاب _____ رقم الهوية _____

انا اقر ووافق انه اعطي لي شرحاً شفوياً مفصلاً من قبل الدكتور:

اسم العائلة _____ الاسم الشخصي _____

لضرورة اجراء قسطرة قلبية تشخيصية أو/ و علاجية تتضمن أيضاً اصلاح موضعي في القلب أو/ و اصلاح الشرايين التاجية باستخدام البالون أو وسائل أخرى.
فصل الوسائل الأخرى

(من الان:العلاج الاساسي)

أنا اقر وأؤكد أنه أعطي لي الشرح الوافي عن النتائج المتوقعة والأعراض الجانبية الممكن حدوثها مثل أوجاع وعدم الراحة في منطقة الفخذ العليا التي أدخل منها السلك أو شعور مفاجئ بالحرارة نتيجة لحقن المادة المضادة .

كذلك شرحت لي كل المضاعفات الممكن حدوثها ومن ضمنها انسداد مفاجئ أو ضرر للشرايين التاجية , حدوث نوبة قلبية , جلطة دماغية , إصابة الأوعية الدموية الأخرى , نزيف وتلوث وكذلك فسر لي كل المضاعفات الممكن حدوثها مثل حساسية بدرجات متفاوتة , ضرر في عمل الكلى , ازدياد حدة مرض القلب وفي حالات نادرة جدا تؤدي هذه المضاعفات الى موت .
كذلك شرحت لي طرق العلاج البديلة الأخرى الممكنة ومن ضمنها احتمالات النجاح , الخطوره والمضاعفات المرتبطة بكل احتمال .

انا ووافق على اجراء العلاج الاساسي.

أنا أقر وأؤكد أنني تلقيت شرحاً وافياً وأنا افهم ان هناك احتمال بأن تكون هناك حاجة لاتخاذ اجراءات أخرى أو اضافية اما خلال العلاج أو بعده مباشرة من أجل انقاذ حياة الشخص أو منع أي ضرر جسدي ومن ضمنها عمليات جراحية بتخدير كامل والتي لم تكن متوقعة, ولكن ماهيتها شرحت لي وهذه العمليات تضم عملية قسطرة علاجية اضافية , عملية تغيير شرايين أو عملية طارئه أخرى بتخدير كامل .

وبناء على ذلك أنا اوافق على اتخاذ أي اجراءات أخرى ومن ضمنها عمليات جراحية والتي حسب رأي اطباء المستشفى هي ضرورية ,ضمن العلاج الاساسي او بعده.

أوافق أيضا على اجراء تخدير موضعي بعد أن شرح لي عن كل المضاعفات الناجمة عن التخدير. ومن ضمنها حساسية بدرجات متفاوتة لمادة التخدير. اذا كان هنالك حاجة لأجراء عملية قسطرة تحت تخدير كامل سوف يعطى لي شرح من قبل الطبيب المخدر.

أنا اقر وأوافق أن العلاج الأساسي وكل الإجراءات الأخرى سوف تنفذ على يد من ألقى عليه الأمر وذلك حسب تعليمات واوامر المستشفى. ولم يتم وعدي بان العملية او الاجراءات الاخرى سوف تنفذ جزئيا او كلياً, على يد شخص معين ولكن ستم بالمسؤولية المتفق عليها بالمستشفى وحسب القانون .

امضاء المريض

الساعة

التاريخ

امضاء ولي الأمر (في حالة عدم قدره القانونيه: طفل أو مريض نفسي)

اسم ولي الأمر (القرابة)

أنا اقر وأؤكد على أنه تم تقديم الشرح شفهيًا للمريض / ولي الأمر على كل ما ذكر سابقًا بالتفصيل المطلوب وانه تم توقيع الموافقة أمامي بعد أن أفقتعت بأنه فهم /ت كل الشرح والايضاحات.

رقم الترخيص

امضاء

اسم الطبيب