

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

إصدار / גרסה 06/2020

טופס הסכמה ל- استمارة موافقة ل-

**בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריבה / فحص كهروفيزيولوجي والحرق**  
**ELECTROPHYSIOLOGICAL STUDY (EPS) AND ABLATION**

تم تصميم فحص الفسيولوجيا الكهربائية لتشخيص حالات عدم انتظام ضربات القلب المختلفة عن طريق إدخال قسطرة عبر الأوعية الدموية في تجويف القلب.

يتم إجراء الحرق عن طريق التردد اللاسلكي (الاستئصال بالترددات اللاسلكية) (RF Ablation) أو عن طريق التجميد بهدف علاج حالات عدم انتظام ضربات القلب المذكورة أعلاه. عادةً ما يتم العلاج تحت التخدير الموضعي، مع أو بدون استخدام المهدئات.

הטיפול יתבצע באמצעות צריבה: (הקף בעיגול את המתאים) / يتم العلاج عن طريق حرق: (ضع دائرة حول الإجابة المناسبة)

תדר רדיו / הקפאה / אחר: תרדדات הרדיו / תجمיד / אחר: \_\_\_\_\_

צורת ההרדמה המלווה פעולה זאת: (הקף בעיגול את המתאים)  
 طريقة التخدير المرافقة في هذه العملية: (ضع دائرة حول الإجابة المناسبة)

כללית / "טשטוש" (CONSCIOUS SEDATION, הרדמה קלה-בינונית) / מקומית  
 عام / "טמס" التخدير الواعي (CONSCIOUS SEDATION, تخدير خفيف-متوسط) / מקומית  
 שם המטופל: اسم المريض:

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي	ת.ז. بطاقة الهوية	שם האב إسم الأب
-------------------------	-------------------------	----------------------	--------------------

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט, בעל פה, על הצורך בביצוע בדיקה אלקטרופיזיולוגית וצריבה (להלן: "הטיפול העיקרי"), מד"ר/פרופ':

أنا أصرح وأؤكد بموجب ذلك أنني تلقيتُ شرحًا تفصيليًا وشفويًا حول الحاجة إلى إجراء فحص كهروفيزيولوجي والحرق (فيما يلي العلاج الرئيسي) من الدكتور / البروفيسور:

שם משפחה إسم العائلة	שם פרטי الإسم الشخصي
-------------------------	-------------------------

חתימת המטופל  
توقيع المريض

שעה  
الساعة

תאריך  
التاريخ





שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול העיקרי.  
 أنا أُمْنَحُ موافقتي بموجب هذا بإجراء العملية الجراحية الرئيسية.

חתימת המטופל  
 توقيع المريض

שעה  
 الساعة

תאריך  
 التاريخ

חתימת אפוטרופוס  
 (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)  
 توقيع الوصي  
 (في حال فاقد الأهل، قاصر أو مريض نفسياً)

שם אפוטרופוס  
 (קירבה למטופל)  
 اسم الوصي  
 (صلة القرابة مع المريض)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס / למתרגם של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסבריי במלואם.

أنا أؤكد بذلك أنني شرحتُ شفهيًا للمريض / للوصي / لمترجم المريض جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه وقع على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم تفسيري بشكل تام.

תאריך ושעה

חתימת הרופא

שם הרופא (חותמת)

التاريخ والساعة

توقيع الطبيب

إسم الطبيب (التوقيع)

קשריו למטופל/ת  
 صلته بالمريض/ة

שם המתרגם/ת  
 اسم المترجم/ة