

טופס הסכמה: בדיקה אנדוסקופית של כיס השתן **CYSTOSCOPY**

استمارة موافقة: فحص كيس البول بالمجهر الدَّاخليّ

التسيستوسكوب هو جهاز صلب أو مرن في داخله مِجهر، ويمكن بوساطته معاينة كيس البول والقناة البولية، كما يمكن، عن طريقه، إدخال أجهزة وقساطر لغرض التشخيص والعلاج مثل: أخذ شرائح نسيجية، استئصال أورام، استخراج الحصى

والتُخثر أت الدَموية، وهلم جرًا . كما يمكن تمرير القساطر المختلفة بوساطته لغرض عمليات تشخيص وعلاج في المسالك البولية والكليتين. يُدخل الجهاز لدى الرّجال عن طريق القناة البولية، تحت تأثير تخدير موضعيّ، عادة، وعند الّحاجة، تحت تأثير تخدير مِنطقي أو عامّ.

ويدكل لدى النساء من دون تحدير، في اعلب الاحيان. يُجرى الفحص فيما المفحوص/ة مُنبطح/ة أو مستلقٍ/ية على ظهره/ها رافعًا/ة رجليه/ها مطويتين منفرجتين على دعائم.
اسم المريض/ ة/ שם החולה:
اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصيُّ/ שם פרטי اسم الأب/ שם האב رقم الهُويَّة/ ת. ז.
أعلنُ وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحًا شفويًّا مُفصًّلاً من الدكتور
اسم العائلة/ שם משפחה الأسم الشخصيُّ/ שם פרטי
عن الحاجة إلى إجراء فحص تسيستوسكوبيا تشخيصيٍّ و/أو علاجيٍّ، فصِّل/ ي احتمالات العلاج المخطَّط
(فيما يلي: "الفحص الأساسي"). أعلنُ وأقر بأنني تلقيت شرحًا عن العوارض الجانبية للفحص الأساسي، بما فيها: الشعور بالألم، بعدم الراحة، بالاكتواء والغَرْز عند التبول، التبول الدموي. تكون هذه العوارض مؤقتة، وتتلاشى، في الغالب، خلال نحو 24 ساعة. وضِّتح لي وأنا مدرك/ة أنه من الممكن أن يتضح، خلال الفحص الأساسي التشخيصي، وجوب القيام بإجراءات علاجية مثل: شريحة نسيجية من الورم، كيّ نقاط نازفة، أو نقاط يُشتبه في كونها ورمًا، وتوسيع القناة البولية في حالات التضيق. كما قد تنشأ حاجة إلى إدخال قساطر مختلفة لغرض إجراءات تشخيصية وعلاجية إضافية. كما وُضِّتحت لي المضاعفات المحتملة بما فيها: التلوث في المسالك البولية و/أو التناسلية مصحوبًا بارتفاع في درجة الحرارة، القُشَعْريرة، والنزيف، ما يستدعي المعالجة السريرية. مضاعفات أخرى، غير أنها نادرة، تشمل الإضرار بالمسالك البولية السفلى إلى درجة حدوث تثقُّب وتضيق في القناة البولية، ما يستدعي تدخلاً جراحيًا تحت تأثير التخدير لغرض التصليح.

أمنح بهذا موافقتي على تنفيذ الفحص الأساسيّ.

تُمنِح بهذا موافقتي، أيضًا، على تنفيذ تخدير مَوْضِعِيٍّ، حسَب تحكيم الأطبَّاء، بعد أن وُضِّحت لي المخاطر المُحتمَلة من التَّخدير المَوْضِعِيِّ، بما في ذلك ردُّ فعل حِسِيِّ (حَسَاسَيَّة)- بدرجات مُختَلفة للموادِّ المُخدِّرة. إذا تقرَّر إجراء الفحص الأساسيِّ تحت تأثير تُخدير مِنطقيٍّ و/ أو عامٍّ فسأتلقَّى توضيحًا عن التَّخدير من قبل اختصاصيِّ

Herzliya Medical Center 7 Ramat Yam St., Herzliya Pituach, Israel 4685107, הרצליה פותום 7, הרצליה פותות 17 הרצליה מדיקל סנטר רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח, 1977 הרצליה מדיקל סנטר רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח, 1977 הרצליה מדיקל סנטר רח' רמת ים 7, הרצליה פיתוח, 1977 Web. www.hmc.co.il www.hmcisrael.com Email. information@hmc.co.il Fax.+972.9.9592403 פולפון. 972.9.9592555 פולפון.





	ا عن التخدير من اختصاصي التخدير.		
	ُساسيِ والإِجراءاتِ الأِخرى جميعها بيد مَ		
ا بيد إنسان معيَّن، شريطةً	ىانة أنَّه ستُجرى كلِّها أو سيُجرى قسم منه	ها. كما أنَّني لم أتلقُّ ضم	حسَب أنظمة المؤسسة وتعليمات
	لقانون.	ل المؤسسة، كمّا يقضي ا	أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة في
		.	
		السَّاعة/ שلاה	ווֹבוֹני -/ מערבד
		113/1/ /-cc cmi	التّاريح/ תאריך
	החולה		
اصر، أو مريض/ة،	توقيع الوصيّ (في حالة فَقْد الأهليَّة، ق	אפוטרופוס	اسم الوصيّ (القرابة)/ ١٥٥ ٦
	نفسانيًّا)/		(קירבה)
חול דוו המוו/ד או	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פ		(,,= , ,,)
11/1/10/23/17/10			
	חולה/ת נפש)		
, .		• • •	
المطلوب، وبانه/ ها وفع/	المريض/ ة الوارد أعلاه كله، بالتَّفصيل		
	شروحي كاملة.	اقتنعت بأنّه/ ها فهم/ ت	ت على الموافقة أمامي، بعد أن
'נُלבשה'/ מס' רשיון	رَقْم اللَّهِ وَهُم اللَّهِ ال	ته قبع الطّبيب/	اسم الطّبيب/ ة/ ١٥٥
J W 1 O D 7 J		· 	הרופא/ה
		. את המיותר	*يُرجى شطب الزَّائد / מחק/ י