

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 0002/OPD/000/ONEPH/000 / דצמבר 1996

טופס הסכמה: טיפול בדיאליזה ציפקית (PERITONEAL DIALYSIS) استمارة موافقة: ديلزة الدم الصفاقية

דילזת הדם היא טיפול בדיאליזה, והוא מخصص לאشخاص الذين يعانون قصورًا كلويًا. وهذا العلاج حيوي للحفاظ على الحياة، إلا أنه لا يؤدي إلى الشفاء.

يتم تنفيذ العلاج عن طريق إدخال سوائل إلى فضاء الصفاق (الجلد الأسفل الذي يمسك البطن) في البطن عن طريق قنطار. يتم إدخال القنطار إلى البطن تحت تأثير التخدير العام أو الموضعي. وكجزء من العلاج بدليلزة الدم يُطلب الحفاظ بحرص على جُميعة (رجيم) خاصة، تناول أدوية معينة، المتابعة الدورية ونمط حياة وفقًا لتوجيهات الطاقم المعالج. يُجرى العلاج عددًا من المرات خلال الأسبوع، وذلك وفقًا لحالة المريض/ة، في إطار علاجي أو في البيت. يستغرق كل علاج عددًا من الساعات، وبعد أخذ قسط من الراحة يكون في إمكان المريض/ة، عادة، أن يعود/تعود إلى ممارسة حياته/ها.

اسم المريض/ة / שם החולה:

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

عن الحاجة إلى العلاج بدليلزة الدم الصفاقية، وقد شُرح لي عن الإجراءات العلاجية ونمط الحياة المطلوب. شُرح لي عن العوارض الجانبية الخاصة بالعلاج، بما في ذلك: الضعف العام، الشعور بعدم الراحة والألم في البطن. وقد شُرح لي كذلك عن التعقيدات المحتملة الخاصة بالعلاج: النزيف، تصلب الصفاق، الإضرار بأعضاء داخلية، التهاب في القناة تحت الجلد حول القنطار، التهاب في الصفاق إلى درجة تعفن الدم، اضطراب في مخزون الكربوهيدرات والمُخَالَات الكهربائية في الجسم، اضطرابات قلبية، اضطرابات في الجهاز الهضمي، اضطرابات في الجهاز العصبي المحيطي والمركزي، أمراض في العظام، تسريع عملية تكلس الشرايين، التهاب الرئتين، سائل في فضاء الرئة، قصور القلب والطح الرئوي. أصرح بأنني تلقيت شرحًا عن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، بما في ذلك الاحتمالات والتعقيدات المتعلقة بكل واحد من هذه العلاجات، وإنني أعطي بهذا موافقتي على إجراء العلاج بدليلزة الدم الصفاقية. تُعطى بهذا موافقتي، أيضًا، على إدخال قنطار في بطني بعد أن وُضحت لي المخاطر المحتملة المتعلقة بهذا الإجراء، بما في ذلك: النزيف، الالتهاب، الإضرار بأعضاء البطن الذي يستدعي، أحيانًا، إصلاحًا جراحيًا، وحتى الموت في حالات نادرة جدًا. وُضحت لي التعقيدات الممكنة المتعلقة بالتخدير الموضعي، بما في ذلك رد الفعل التحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير والإصابة العصبية؛ والتعقيدات الممكنة في حال الحاجة إلى إجراء تخدير عام، بما في ذلك الإضرار بالأسنان، الإضرار بالأوتار الصوتية نتيجة للتثبيب (إدخال الأنابيب)، ورد الفعل التحسسي بدرجات مختلفة لمواد التخدير الذي من الممكن، في حالات نادرة جدًا، أن ينتهي حتى بالموت.

أنا أعلم وأوافق على أن يقوم بإدخال القنطار وتنفيذ كل العلاجات من سيليقي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة وتعليمات المستشفى، وذلك بالمسؤولية المُتَبعة وكما يقضي القانون، وأن المسؤول عن إدخال القنطار سيكون*

التاريخ/ תאריך	الساعة/ שעה	توقيع الطبيب/ة
اسم الوصي (القراءة) / שם האפוטרופוס (קריבה)	توقيع الوصي (في حالة قعد الأهلية، قاصر/ة، أو مريض/ة نفسانية) / חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטינה או חולה/ת נפש)	توقيع المريض/ة / חתימת החולה

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة للوصي على المريض/ة** كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنها/ه وقعت/ وقع على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنها/ه فهمت/ فهم شروحي كاملة.

اسم الطبيب/ة / שם הרופא/ה	توقيع الطبيب/ة / חתימת הרופא/ה	رقم الرخصة / מס' רישיון
*يُعَبَأ في حال مريض/ة خاص/ة / מלא במקרה של חולה פרטי		**يرجى شطب الزائد / מחק/י את המיותר



משרד הבריאות

הסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי לנפרולוגיה ויתר לחץ-דם

