**اسم المريض ولقبه:**

**رقم البروتوكول:**

**سيتم تطبيق العلاج من قِبل: .....................................................................................................................**

معلومات عامّة

**نتيجة الفحوصات الطّبيّة: من المعتقد وجود .......................................................................... في التّشخيص /التّشخيص الأولي.**

**ليتم علاج المريض من منطقة الخاصرة يتم إدخال إبرة من المنطقة ليتم الحصول على مياه سوائل الحبل الشّوكي، يجب أن يتم إدحال العلاج الكيميائي المناسب بنفس المقدار المأخوذ من السّائل وحقنه باستخدام نفس الإبرة. يعمل العلاج الكيميائي على قتل الخلايا المصابة بالسّرطان. ويتم تقديم علاج أو أكثر خلال التّطبيق. بشكل عام يتم تقديم العلاج عن طريق الأوعية الدّمويّة أو الفم أو عن داخل العضلات. غالباً لا يظهر أثر العلاج الّذي يتم تقديمه عن طريق الأوعية الدّمويّة ذلك بسبب عدم وصوله إلى الجّهاز العصبي المركزي. ولهذا السّبب يتم استخدام طريقة العلاج الكيميائي المذكورة في الحبل الشّوكي وذلك في حالة انتشار الورم في الجّهاز العصبي المركزي. يتم تسمية العلاج الّذي يتم إدخاله بشكل مباشر في الحبل الشّوكي باسم "العلاج الكيميائي داخل القراب".**

معلومات حول الطّريقة

**تظهر نتائج تحاليل الدّم و المعاينة و تصوير الدّماغ الّتي تمّ إجراؤها عدم وجود أي حالة تمنع من إجراء العلاج. يجب أن يستلقي المريض على جنبه أو أن يجلس خلال تطبيق العلاج. يقوم المريض بضم ساقيه وسحب ركبتيه إلى المنطقة البطن مع تقريب منطقة الّذقن إلى الصّدر. يقوم الطّبيب بغسل يديه وارتداء قفّازات معقّمة ويقوم تطهير منطقة الخاصرة من الجّراثيم. يتم وضع غطاء معقّم على منطقة الخاصرة لتبقى المنطقة الموجودة بين الفقرة القطنية الثّالثة والرّابعة مفتوحة. يتم استخدام ابرة دقيقة لتطبيق التّخدير الموضعي على هذه المنطقة لمنع الشّعور بالألم خلال تطبيق العلاج. يتم استخدام ابرة مصمّمة بشكل خاص لسحب السّائل من منطقة الخاصرة من المنطقة المفتوحة بحيث يتم إدخال الإبرة بشكل بطيء وبحذر شديد حتّى وصولها إلى المنطقة المطلوبة. سيم استخدام الابرة ذاتها فيما بعد لتقديم العلاج (العلاج الكيميائي و والكورتيزون) إلى منطقة الحبل الشّوكي. بعد الانتهاء من العمليّة يتم تطبيق ضماد معقّم(قماش بالغاز المعقّم) ويتم إغلاق المنطقة.**

الفوائد المتوقّعة من العمليّة

**منع انتشار المرض في الجّهاز العصبي المركزي.**

النّتائج الّتي يمكن مواجهتها في حال عدم إجراء العمليّة

**التّعرّض للمخاطر الكبيرة بانتشار المرض في الجّهاز العصبي المركزي للمريض.**

الطّرق البديلة للعلاج

**من الممكن إعطاء دورتين من الجّرعات الأعلى من الميثوتريكسيت في اليوم الخامس عشر من العلاج الكيميائي.**

مضاعفات وأخطار العلاج/ الخصائص المهمّة المتعلّقة بالأدوية الّتي سيتم استخدامها

**من الممكن ولكن بشكل نادر جدّاً حدوث المضاعفات(الحالات الغير مرغوب بها) التّالية خلال أو بعد الحصول السّائل:**

1. **من الممكن حدوث آلام في الرّأس في الأيام القليلة بعد الإجراء، ومن الممكن السّيطرة على هذه الآلام.**
2. **من الممكن حدوث تجّزء (فتق) في الدّماغ. من الممكن حدوث اضطرابات في إدراك المريض في هذه الحالة أو حدوث توقّف في عمليّة التّنفس.**
3. **من الممكن حدوث تجمّع للدم بين الأغشية المحيطة بالنّخاع الشّوكي. من الممكن أن تقوم هذه التّجمعات بالضّغط على الحبل الشّوكي أو أن تنتقل إلى الدّماغ.**
4. **من الممكن حدوث عدوى في النّخاع الشّوكي أو الدّماع أو الأغشية المحيطة بها. من الممكن الإصابة بمرض السّحايا كنتيجة على هذه العدوى.**
5. **من الممكن تعرّض الجّذور العصبيّة أو النّخاع الشّوكي إلى أضرار. من الممكن أن يؤدّي هذا الأمر إلى حدوث آلام أو ضعف في العضلات.**
6. **من الممكن حدوث التهاب نخاعي خارجي (التهاب خارجي في النّخاخ الشّوكي/أغشيته) أو خزل سفلي (ضعف في القوّة/فقدان القوة/شلل في الأطراف) مرتبط بالأدوية المقدّمة مع العلاج الكيميائي.**
7. **في بعض الحالات النّادرة قد تنتقل الأدوية المقدّمة مع العلاج الكيميائي إلى انخفاض خلايا الدّم و أنيميا و قلة العدلات (انخفاض في كريات الدّم الحمراء والبيضاء) و التهاب الغشاء المخاطي (تشكّل الجّروح في الفم والحلق)، وسهولة الإصابة بالعدوى.**
8. **من الممكن حدوث مضاعفات تحسّسية للمواد المستخدمة في العلاج على الرّغم من أن هذه المواد محضّرة بهدف هذا الاستخدام. كما ومن الممكن أيضاً في بعض الحالات النّادرة أن تسبّب هذه الأدوية أعراض خارج النّخاع الشّوكي كاحمرار وانتفاخ و طفح في الجّلد.**

**في هذه الحالات يجب تطبيق علاج إضافي (على سبيل المثال في حال حدوث آلام في الرّاس يجب الحصول على الاستراحة و والحصول على قدر أكبر من السّوائل. ومع فشل الشّفاء حتّى مع تكرير العلاج مرّة أخرى وفشل العلاج الإضافي، قد يكون من الضّروري اللجوء إلى علاج جراحي) و في بعض الحالات من الممكن عدم الشّفاء من هذه المضاعفات حتّى مع استخدام الادوية المناسبة ومرور زمن طويل، وفي بعض الحالات النّادرة جدّاً قد يحدث الموت.**

المدّة المتوقّعة للإجراء:

**يستغرق الإجراء من 5 إلى 10 دقائق.**

التّوصيات الضّروريّة المتعلّقة بنمط الحياة لصحّة المريض:

**يجب على المريض متابعة الأعراض المختلفة مثل ألم الرّأس و ارتفاع درجة الحرارة والحصول على قدر كبير من السّوائل بعد الإجراء.**

**لتجّنب حدوث نزيف بعد الإجراء يجب التّوقّف عن تناول الأدوية المضادّة للتخثر قبل الإجراء.**

في حال حاجتكم للمساعدة الطّبيّة في هذا الموضوع يمكنكم التّقدّم إلى طبيبكم الخاص أو أي طبيب آخر أو طلب العلاج من العيادة الّتي قمتم بمراجعتها أو طلب المساعدة عبر اتّصالكم على 112.

ملاحظات من خطابات تبليغ الأطبّاء

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**قسم الحصول على الموافقة**

* أنا على علم بوجود أطبّاء طلاب (مساعدين) خلال عمليّة العلاج الّتي سأقوم بها وذلك بسبب إجراء العلاج في مستشفى التّدريب والبحوث الجّامعي. أوافق على إجراء أحد المساعدين المداخلة في العمل الخاص بي إذا لزم الأمر ولكن تحت إشراف أكاديمي أو خبير يتمتّع بالخبرة الكافية. لقد فقهمت جميع الأمور الّتي يجب علي الانتباه لها قبل وبعد العملّية / العلاج.
* أوافق على قيام الطّبيب والفريق الّذي قمت بمقابلته بالعلاج الّذي تمّ إيضاحه.
* أنا على علم وأوافق على التقاط بعض الصّور أو مقاطع الفيديو خلال العلاج بهدف التّدريب التّطوير الطّبي ولا يمكن أن يقوم بعمليّة الالتقاط هذه أحد إلّا الموظّفون الطّبيّون بشرط الحفاظ على هويّتي الشّخصية بشكل غير واضح.
* في حال استخدام الإبر أو إحدى معدّات القص خلال العلاج، فأنا أوافق على أخذ إجراء الاختبارات اللازمة عن طريق إعادة أخذ عيّنات من الدّم لإجراء فحوصات مرض نقص المناعة المكتسب والأمراض الأخرى المرتبطة بالدّم. إذا كان هذا الأمر ضروريّاً فأنا على علم بأنه سيتم إبلاغي بالأمر بأقرب وقت ممكن بعد العلاج وسيتم تقديم الاقتراحات المطلوبة.
* **أقوم بتعين الشّخص المسمّى ......................................................................................... ليكون نائباً عنّي لتقديم جميع أنواع المطلوبة لأجل العلاج وذلك في حال فقدان الوعي أو التّعرّض لأي حالة لا يمكنني من خلالها تقديم الموافقة والمعلومات اللازمة خلال عمليّة الإدخال.**

|  |  |
| --- | --- |
| قسم الحصول على الموافقة  | أجل |
| أنا على علم بطرق العلاج البديلة و بأخطارها. |  |
| أنا على علم بمخاطر العمل الجراحي وبآثارها الجّانبيّة. |  |
| أنا على علم بالأمور الّتي ستحدث في حال عدم تطبيق العمل الجراحي. |  |
| فهمت جميع الأمور الّتي تمّ إخباري بها. |  |
| قام طبيبي بالإجابة على جميع تساؤلاتي.  |  |
| أنا على علم بمعنى النّموذج التّوضيحي.  |  |
| أنا أعلم الأشخاص الّذين سيقومون بإجراء العمل الجراحي.  |  |
| أقوم باتّخاذ القرار بكامل إرادتي.  |  |
|  أنا على علم بإمكانيّة استخدام حقّي برفض هذه العمل الجراحي بالوقت الّذي أرغب به.  |  |
| 1. قمت بقراءة جميع المعلومات أعلاه و حصلت على التّبليغ من الطّبيب الّذي قام بالتّوقيع في الأسفل. أصبحت على علم تام بأهداف العمل الجراحي وأخطارها و مضاعفاتها و تنفيذ العلاج الإضافي (يرجى الكتابة باليد "فهمت ما قرأت وأعلن عن موافقتي")

……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 1. **رفض الإدخال**

أقوم برفض الإدخال. أنا على علم كامل بالمضاعفات الّتي قد تنتج عن هذا الرّفض.  | 1. **سحب الموافقة**

أقوم برغبتي الخاصّة بسحب الموافقة الّتي قمت بتقديمها بخصوص الإدخال / تطبيق العلاج، وأنا على علم تام بالآثار السّلبية والمخاطر الّتي من الممكن أن تحدث. |
| **حصلت على نسخة من نموذج الموافقة.** الشّاهد في حال وجوده التّاريخ:..../...../.....اسم المريض ولقبه (بخط اليد): الأسم واللقب: السّاعة:..................التّوقيع: التّوقيع: |
| **حصلت على نسخة من نموذج الموافقة.**الوصي المسؤول عن المريض في حالة عدم قدرة المريض على الموافقة:الاسم واللقب (بخط اليد): التّوقيع: التّاريخ:..../...../...... السّاعة:..................سبب عدم قدرة المريض على الموافقة (التّعبئة من قِبل الطّبيب): ....................................................................................... |
| تمّ التّبليغ بشكل كامل للمريض/أقرباء المريض الّذين تمّ ذكر أسماؤهم أعلاه بعمليّة الإدخال الّتي ستتم وأسباب الإدخال وفوائده و المراجعات الّتي ستتم بعد الإدخال و المخاطر والمضاعفات المتوقّعة. قام المريض / أقرباء المريض بالتّوقيع على نموذج الموافقة هذا بعد تفسيره وشرحه بالشّكل الكافي والمناسب.الطّبيب المسؤول:الاسم واللقب: التّوقيع: التّاريخ:..../...../.....رقم سجل المؤسّسة: السّاعة: ................... |