اسم ولقب المريض: تاريخ الولادة:

رقم البروتوكول: تاريخ القبول:

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

عزيزي المريض يرجى القراءة بشكل دقيق!!!

قام السّيد/السّيدة ...................................، ابن /بنت ................................ مكان الولادة ............................................. بمراجعة الأمراض الدّاخليّة بغرض الفحص والعلاج اللازمين نتيجة لشكوى المريض المكتوبة في ملف المريض رقم ....................................

كانت نتيجة المعاينة والتّدقيق الطّبي هي الحاجة إلى أخذ عيّنات من النّخاع العظمي و/أو وذلك لأنه من المعتقد أن يكون هناك ................................ بسبب التّشخيص /التّشخيص الأولي.

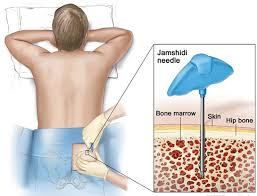
**معلومات عامّة:**

بعد استلقاء المريض على بطنه أو على جانبه يتم تنظيف المنطقة الّتي سيتم فيها أخذ الخزعات أو العيّنات بواسطة مطهّر بوفيدون وبيتادين. يتم إجراء التّخدير الموضعي للمنطقة بواسطة مواد التّخدير (ليدوكاين، بريلوكاين). بعد التّخدير يتم العمل على أخذ العيّنات العظميّة والخزعات بواسطة ابرة مخصّصة للعمليّة بعد التّأكد من تحقيق شروط التّعقيم.

في حالة الجّوع، يُنصح بتناول الطّعام/الإفطار بعد إجراء العمليّة.

يجب عليك أن تقوم بإبلاغ الطّبيب بجميع الأدوية الّتي تتناولها وبشكل خاص الأدوية الّتي تساعد على تميّع الدّم (مثل الأسبرين، هيبارين، كومادين).

يمكن خلع الضّماد بعد يوم من العمليّة ويمكن القيام بالاستحمام بعد يومين من العمليّة. في حال وجود حالة سابقة بنزيف يصعب إيقافه فيجب بكل تأكيد إبلاغ الطّبيب بذلك.

****

الفوائد المنتظرة من العمليّة

**عمليّة أخذ العيّنات هي عمليّة يتم فيها أخذ عيّنتين متباعدتين من النّخاع العظمي وأخذ قطعة عظميّة (نسيج). تعتبر العيّنات المأخوذة في غاية الأهميّة وذلك في عمليّات التّشخيص.**

النّتائج الّتي يمكن مواجهتها في حال عدم إجراء العمليّة

**تساعد عمليّة أخذ العيّنات النّخاعية وأخذ الخزعات على القيام بالتّشخيص الصّحيح للتمكين من إجراء العلاج الصّحيح. تعتبر العيّنات المأخوذة في غاية الأهميّة وذلك في عمليّات التّشخيص. وفي حال عدم القيام بعمليّة أخذ العيّنات من الممكن ظهور مشاكل في عمليّات التّشخيص أو عدم القدرة على تشخيص الحالات.**

الطّرق البديلة:

**لا يوجد طرق بديلة للعمليّة.**

أخطار ومضاعفات العمليّة:

**يتم إبقاء المرضى الّذين قاموا بإجراء أخذ العيّنات تحت المراقبة لفترة من الزّمن. ويتم مراقبة النّزيف في مكان إدخال الإبرة.**

**من الممكن ظهور بعض الآثار الجّانبيّة الطّبيعيّة والمخاطر من عمليّة أخذ الخزعات. نسبة هذه الآثار والمخاطر حوالي 5%. أكثر هذه الآثار شيوعاً هي الألم ومن الممكن السّيطرة عليه بواسطة الأدوية. وفي بعض الحالات يعاني المرضى من انخفاض في ضغط الدّم إضافةً إلى الدّوار والتّعب. كما ومن الممكن حدوث نزيف. من الممكن حدوث النّزيف داخل العضلات وداخل البطن مما يجعلها تهديداً على حياة المريض. كما ومن الممكن تشكّل خثرات الدّم (الجلطات) في مكان إجراء العمليّة.**

**ومن النّادر حدوث التهاب في مكان العمليّة.**

**ومن النّادر جدّا حدوث مضاعفات مثل انكسار الإبرة.**

**إضافة إلى ذلك تمّ الإبلاغ مسبقاً عن حدوث وفاة نتيجة للمضاعفات أو لأسباب ثانويّة.**

الوقت المتوقّع للعمليّة:

**يتراوح بين 30-40 دقيقة.**

الخصائص المهمّة المتعلّقة بالأدوية الّتي سيتم استخدامها:

**من الممكن حدوث آثار جانبيّة/سامّة لمواد التّخدير الّتي سيتم استخدامها أثناء العمل الجّراحي على بعض الأعضاء مثل الرّئتين والقلب و الدّماغ و الكلى و الكبد. ولهذا من الممكن أن تكون الآثار خطيرة على الحياة.**

التّوصيات الضّروريّة المتعلّقة بنمط الحياة لصحّة المريض:

في حالة الجّوع، يُنصح بتناول الطّعام/الإفطار بعد إجراء العمليّة.

يجب عليك أن تقوم بإبلاغ الطّبيب بجميع الأدوية الّتي تتناولها وبشكل خاص الأدوية الّتي تساعد على تميّع الدّم (مثل الأسبرين، هيبارين، كومادين).

يمكن خلع الضّماد بعد يوم من العمليّة ويمكن القيام بالاستحمام بعد يومين من العمليّة. في حال وجود حالة سابقة بنزيف يصعب إيقافه فيجب بكل تأكيد إبلاغ الطّبيب بذلك.

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 | | أجل |
| أنا على علم بطرق العلاج البديلة و بأخطارها. | |  |
| أنا على علم بمخاطر الإجراء الطبي وبآثارها الجّانبيّة. | |  |
| أنا على علم بالأمور الّتي ستحدث في حال عدم تطبيق الإجراء الطبي. | |  |
| 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 الإجراء الطبي. | |  |
| أقوم باتّخاذ القرار بكامل إرادتي. | |  |
| أنا على علم بإمكانيّة استخدام حقّي برفض هذه الإجراء الطبي 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 الإجراء الطبي 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: ................... | | |