

# موافقت برای جراحی یا سایر درمان های دارای رویه تهاجمی

## CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (FARSI)

1. رویه درمانی: اینجانب، \_\_\_\_\_ [نام بیمار]، موافقت خود با این رویه (یا رویه های) درمانی را اعلام می کنم:

### Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_  
Time \_\_\_\_\_

[شرح رویه (یا رویه های) درمانی].

پزشک من این مورد را با من مورد بحث قرار داده و من می دانم که چه مواردی در ارتباط با رویه درمانی من وجود دارد، از جمله این که ممکن است من بیهوشی یا آرام بخش یا هر دو را دریافت کنم. من حقوق و مسئولیت های خود برای گرفتن تصمیمات درباره مراقبت های سلامتی خود را درک می کنم. من ممکن است برخی مواد آموزشی اضافی دریافت کرده باشم. من تصمیم خود را به طور داوطلبانه و آزادانه گرفته ام.

2. **ریسک ها:** پزشک من با من در مورد ریسک های مربوط به این رویه درمانی بحث کرده است. در صورت بروز چنین ریسک هایی، رویه درمانی آنها ممکن است نیازمند رویه های اضافی بیشتری باشد. من درک می کنم که ریسک های مشترک بین تمامی رویه های درمانی، بدون محدودیت، عبارتند از: سکت، خرابی دستگاه، عفونت، آسیب عصبی، لخته شدن خون، حمله قلبی، واکنش های آلرژیک، نارسایی تنفسی، نارسایی کلیه، خونریزی و از دست دادن خون شدید. این ریسک ها می توانند جدی و احتمالاً کشنده باشند. من این ریسک ها را درک کرده و به راحتی می پذیرم. ریسک ها و اثرات جانبی مرتبط با بیهوشی یا آرامبخش ها قبل از انجام رویه درمانی با من مورد بحث قرار خواهد گرفت. ممکن است قبل از انجام رویه درمانی از من خواسته شود که یک رضایت نامه جداگانه در ارتباط با بیهوشی یا آرامبخش ها را امضاء نامیم.

3. **روش های جایگزین:** جایگزین (یا جایگزین های) منطقی برای این رویه درمانی توسط پزشک من برای من توضیح داده شده است. پزشک من ریسک ها و مزایای عدم قبول رویه درمانی را برای من توضیح داده است. با دارا بودن این اطلاعات، من انتخاب می کنم که رویه (یا رویه های) توضیح داده شده در این فرم را انجام دهم.

4. **مزایا:** پزشک من با من در مورد مزایای مربوط به این رویه درمانی بحث کرده است. من درک می کنم که هیچگونه قطعیتی در این زمینه من این مزایا را دریافت می کنم وجود ندارد. هیچگونه ضمانت (یا ضمانت هایی) به من درباره نتیجه این رویه درمانی داده نشده است.

5. **تیم مراقبتی:** من به پزشک خود، \_\_\_\_\_ [نام پزشک]، اجازه می دهم تا این عمل با رویه درمانی را انجام دهد. من قبول می کنم که پزشک من توسط یک تیم مراقبتی مورد کمک و همراهی قرار می گیرد که ممکن است شامل موارد زیر باشد: ارائه دهندگان بیهوشی، پرستاران، تکنسین ها، متخصصین تجهیزات پزشکی و یک تیم جراحی. این تیم ممکن است شامل سایر جراحان همراه، رزیدنت ها، دستیاران پزشکی، دانشجویان پزشکی، یا سایر متخصصان مراقبت های سلامتی همکار باشند. من به این همکاران یا دستیاران اجازه می دهم تا بخش هایی از عمل یا رویه درمانی را تحت هدایت پزشکی که در بالا ذکر شده انجام دهند.

6. **حضور در اتاق عمل:** پزشک من یا یکی دیگر از ارائه دهندگان خدمات واجد شرایط تعیین شده توسط پزشک من برای بخش اعظمی از عمل یا رویه درمانی من، از جمله در بخش های کلیدی و بحرانی، حاضر بوده و هنگامی که آن بخش های عمل یا رویه درمانی به اتمام رسیده، وی ممکن است اتاق عمل را ترک کند. من درک می کنم که اگر پزشک ذکر شده فوق اتاق عملی که در آن جراحی من انجام می شود را ترک نماید، وی یا یک ارائه کننده خدمات دارای تخصص کافی در تمامی زمانها بلافاصله در دسترس خواهد بود تا در صورت لزوم یا در عمل کمک کرده و یا بر آن نظارت نماید.

7. **مشاهده گران:** پزشک من ممکن است در طی عمل من اجازه مشاهده آن را صادر کند. افراد مشاهده کننده عمل بخشی از تیم مراقبتی نبوده و در ارائه مراقبت ها مشارکت نمی کنند.

8. **انتقال خون:** پزشک من و من در مورد احتمال انتقال خون مربوط به این عمل که در زیر به آن اشاره شده است و همچنین ترجیحات من در مورد انتقال خون، حتی وقتی که انتقال خون ممکن است نجات دهنده باشد، بحث کرده ایم.

**پزشک:** لطفاً گزینه مربوطه زیر را علامت بزنید. انتخاب انجام شده در این بخش، سند موافقت یا امتناع نبوده، بلکه جهت دهی ها برای مستند سازی مناسب آن تصمیمات را فراهم می کند. برای رضایت و یا امتناع از انتقال خون، باید سند مربوطه جداگانه ای را تکمیل کنید.

انتظار نمی رود که برای این عمل انتقال خون ضروری باشد. هیچ آزمایش قبل از انتقال خون (گروه خونی و غربالگری) انجام نمی شود. به هیچ فرم اضافی احتیاجی نیست.

انتقال خون ممکن است تجویز شود. آزمایش قبل از انتقال خون (گروه خونی و غربالگری) مورد انتظار می باشد. برای مستند سازی رضایت برای انتقال خون، از فرم -397073# رضایت آگاهانه برای انتقال خون استفاده کنید.\*\*

بیمار با انتقال خون، حتی هنگامی که انتقال خون نجات دهنده حیات می باشد، موافق نیست. برای مستند سازی مخالفت با انتقال خون، لطفاً استانداردهای بالینی قابل اعمال را دنبال کنید: برنامه بدن انتقال خون: برنامه بزرگسالان یا بدون انتقال خون: وابسته نوزاد، طفل و بزرگسال.\*\*

9. **پاتولوژی:** من قبول می کنم که هر گونه نمونه هایی از قبیل بافت، خون، مایعات بدن و غیره مورد آزمایش قرار گرفته، دور انداخته شده یا برای مطالعات و تحقیقات پزشکی آینده ذخیره می شود. هر گونه تحقیق در مورد نمونه ها توسط یک هیئت بررسی مناسب بررسی خواهد شد. من درک می کنم که بافت های بدن من یا سایر موارد ذکر شده فوق به من باز پس داده نخواهد شد. درخواست ها برای اعمال استثناء به صورت موردی مورد بررسی قرار می گیرد.

10. **ضبط ویدئویی یا عکاسی:** من درک می کنم که ضبط ویدئویی یا عکاسی انجام شده به عنوان بخشی از رویه درمانی و یا تشخیصی من ممکن است برای آموزش های کلینیکی و یا مقالات حرفه ای مناسب باشد. در صورت استفاده به چنین روشی، من درک می کنم که موارد ضبط شده از من بگونه ای ویرایش می شود که در آنها من قابل شناسایی نباشم (این همچنین به عنوان "هویت زدایی" نیز نامیده می شود). ضبط به روش ویدئویی یا عکاسی بدون رضایت من برای هیچ مقصود دیگری مورد استفاده قرار نخواهد گرفت.

\_\_\_\_\_ (نام بیمار) اینجانب اجازه نمی دهم که عکس یا ویدئو یا عکس هویت زدایی شده من برای آموزش کلینیکی یا برای مقالات حرفه ای مورد استفاده قرار گیرد.

### Consent Update

Patient consent validation, if patient signature date is greater than 90 days prior to the procedure date.

Practitioner initials \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_  
Time \_\_\_\_\_

به هر گونه سوالی که در ارتباط با این رویه درمانی داشته ام در حد رضایت من پاسخ داده شده است. با امضای زیر، من موافق خود با این رویه درمانی را مورد تایید قرار می دهم.

امضاء (بیمار یا نماینده قانونی) \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ زمان \_\_\_\_\_

نوع رابطه (در صورتی که فردی بغیر از بیمار این متن را امضاء می کند)

### توضیح پزشک:

اینجانب مندرجات این سند را برای بیمار یا نماینده قانونی وی توضیح داده و به تمامی پرسش های وی پاسخ گفته ام و تا جایی که اطلاع دارم، احساس می کنم که این بیمار به درستی در جریان اطلاعات مربوطه قرار گرفته و موافقت خود با آنها را اعلام کرده است.

امضای پزشک \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_ زمان \_\_\_\_\_

بلی - برای این روند کاری از یک مترجم همزمان استفاده شد.

PATIENT LABEL



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-FARSI Rev. 07/2018

# موافقت برای جراحی یا سایر درمان های دارای رویه تهاجمی