

# إعطاء الموافقة بشأن عملية جراحية أو علاج بإجراء جراحي جانبي

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

### Day of Procedure

Verify patient consents to the documented procedure.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

1. الإجراء الجراحي: أقدم أنا \_\_\_\_\_ [اسم المريض]، موافقتي على الإجراء الجراحي (الإجراءات الجراحية) التالي (التالية):

[[وصف الإجراء الجراحي (الإجراءات الجراحية)]]:

- لقد تناقش معي الممارس المسؤول عن حالتي، وقد فهمت ما سيتم أثناء العملية الجراحية الخاصة بي، بما في ذلك أنني قد أتلقى إما تخديراً، أو دواءً مهدئاً، أو كليهما. وأفهم حقوقي ومسؤولياتي لاتخاذ القرارات بشأن رعايتي الصحية. وأني قد تلقيت مواد تثقيفية إضافية. وقد اتخذت قراراً طوعاً وبملاء إرادتي.
- المخاطر:** لقد تناقش معي الممارس المسؤول عن حالتي بشأن المخاطر المحددة المقترنة بهذا الإجراء الجراحي. في حال حدوث هذه المخاطر، قد يتطلب علاجها الخضوع لعملية جراحية إضافية. أفهم أن المخاطر الشائعة المرتبطة بأي إجراء جراحي قد تتضمن ما يلي على سبيل المثال لا الحصر: السكتة الدماغية، وإخفاق الأجهزة، والعدوى، وإصابة الأعصاب، وتجلط الدم، والنوبة القلبية، والتفاعلات الأرجية (الحساسية)، وفشل الجهاز التنفسي، وفشل الكلوي، والنزف، وفقدان حاد للدم. ويمكن أن تكون هذه المخاطر بالغة وربما تكون مميتة. أفهم هذه المخاطر وأتحمّل مسؤوليتها بملاء إرادتي. ستم مناقشة المخاطر والآثار الجانبية المقترنة بإعطاء أدوية التخدير أو التهدئة معي قبل عمل الإجراء الجراحي. وقد يُطلب مني أن أوقع على موافقة منفصلة بشأن التخدير أو التهدئة قبل عمل الإجراء الجراحي.
- البدائل:** لقد شرح لي الممارس المسؤول عن حالتي بديلاً معقولاً (بدائل معقولة) لهذا الإجراء الجراحي. كما ناقش معي مخاطر عدم عمل الإجراء الجراحي ومنافع ذلك. وعلى ضوء معرفة هذه المعلومات، اخترت الخضوع للإجراء الجراحي (الإجراءات الجراحية) الموصوفة في هذا النموذج.
- المنافع:** لقد ناقش معي الممارس المسؤول عن حالتي المنافع المحتملة المقترنة بهذا الإجراء الجراحي. أفهم أنه لا يوجد تأكيدات بأنني سأحقق هذه المنافع. لم يتم إعطائي أي ضمان (ضمانات) بشأن نتيجة هذه العملية الجراحية.
- فريق الرعاية:** أذن للممارس المسؤول عن حالتي، [اسم الممارس المسؤول]، بإجراء هذه العملية. وأقبل بوجود فريق رعاية يقوم بمساعدته والذي يتضمن: أطباء تخدير، وممرضين، وفنيين، واختصاصيي الأجهزة الطبية، وفريق جراحي. قد يتضمن هذا الفريق بعض الجراحين المعالجين، أو الأطباء المقيمين، أو الزملاء، أو طلبة كلية الطب، أو أي متخصصي رعاية طبية مساعدين آخرين. أذن لهؤلاء المعاونين أو المساعدين بإجراء أجزاء من العملية أو الإجراء الجراحي تحت توجيه الطبيب المذكور أعلاه.
- الوجود في غرفة العمليات:** سيكون الممارس المسؤول عن حالتي أو مقدم رعاية آخر كفء يحدده الممارس حاضراً أثناء إجراء أغلب العملية الجراحية أو الإجراء الجانبي بما في ذلك الأجزاء الحرجة والأساسية منها، وقد يغادر غرفة العمليات بمجرد انتهاء هذه الأجزاء من العملية أو الإجراء الجراحي. أفهم أنه في حال مغادرة الممارس المذكور أعلاه غرفة العمليات حيث أخضع للعملية الجراحية، فإنه سيتواجد على الفور هو أو مقدم رعاية كفء آخر لتقديم المساعدة أو للإشراف على العملية إذا تطلب الأمر ذلك.
- المراقبون:** قد يسمح الممارس المسؤول عن حالتي للمراقبين بمشاهدة العملية الجراحية الخاصة بي. لا يُعد المراقبون جزءاً من فريق الرعاية ولن يشاركوا في العملية الجراحية.
- نقل الدم:** لقد تناقش مع الممارس المسؤول عن حالتي بشأن احتمالية الحاجة لنقل دم في هذه العملية كما هو موضح أدناه وما أفضله بخصوص هذا الشأن، حتى عندما يكون نقل الدم لإنقاذ الحياة. الممارس: يُرجى وضع علامة على الاختيار المناسب أدناه. الاختيار هنا ليس دليلاً على الموافقة أو الرفض، لكنه يمثل توجيهاً للتوثيق المناسب لهذه القرارات. للبدء سواء بالموافقة على أو رفض نقل الدم، أكمل الوثيقة المنفصلة ذات الصلة.  
 ليس من المتوقع أن يكون نقل الدم ضرورياً لهذا الإجراء. لم يتم إجراء اختبار قبل نقل الدم (النوع أو الفحص). لا توجد أي استمارات إضافية مطلوبة.  
 قد تتم التوصلية بنقل الدم. من المتوقع إجراء اختبار قبل نقل الدم (النوع أو الفحص). لتوثيق الموافقة على نقل الدم استخدام استمارة #397073 موافقة مستنيرة بشأن نقل الدم.\*\*  
 المريض لا يوافق على نقل الدم حتى لو كان نقل الدم منقذاً للحياة. لتوثيق رفض نقل الدم، يُرجى اتباع المعايير السريرية المطبقة: برنامج عدم نقل الدم: للبالغين أو برنامج عدم نقل الدم: لحدیثي الولادة وطب الأطفال والبالغ المعال.\*\*
- البيولوجيا (علم الأمراض):** أقبل أن يتم فحص كل العينات كالأنسجة والدم وسوائل الجسم، إلخ أو التخلّص منها أو خزنها لاستخدامها في دراسات أو أبحاث طبية في المستقبل. ستم مراجعة كل بحث يتضمن عينات من قبل مجلس مراجعة ملانم. وأفهم أن أنسجتي أو أية مواد أخرى تمت زراعتها لن تُرد إلي. ستم مراجعة طلبات عمل استثناء لذلك على أساس كل حالة على حدة.
- سجل التسجيل بالفيديو (المرئي) أو التصوير الفوتوغرافي:** أفهم أن سجلات الفيديو أو التصوير الفوتوغرافي المعدة كجزء من علاجي أو تشخيصي أو كلاهما قد تكون مفيدة للتعليم الإكلينيكي أو المنشورات المهنية. وفي حال استخدامهما بهذه الطريقة، أفهم أنه سيتم تنقيح سجلاتي بحيث لا يتم تحديد هويتي الشخصية (المشار إليها بـ "خالية من تعريف الهوية الشخصية"). لن تُستخدم سجلات الفيديو أو الصور الفوتوغرافية لأي غرض آخر دون الحصول على إذن مني. (الأحرف الأولى من اسم المريض) أنا، لا أذن باستخدام سجلات الفيديو أو الصور الفوتوغرافية الخالية من تعريف الهوية الشخصية لأغراض التعليم الإكلينيكي أو المنشورات المهنية.

### Day of Procedure

\*\*Verify patient's signed documents are in the medical record.

RN/Tech initials \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Time \_\_\_\_\_

لقد تمّت الإجابة على جميع أسئلتني بشأن هذا الإجراء الجراحي بشكل مقبول لي. وبتوقيع اسمي أدناه، فأنا أقر على قبولي لهذا الإجراء الجراحي.

التوقيع (المريض أو الممثل القانوني) \_\_\_\_\_ الاسم المطبوع \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ الوقت \_\_\_\_\_

العلاقة (إذا كان الشخص الموقع غير المريض)

إفادة الممارس:

لقد شرحت محتويات هذه الوثيقة للمريض / الممثل القانوني وأجبت على أسئلة المريض، وإلى حد علمي، أشعر أن هذا المريض قد تمّ إعلامه بشكل كافٍ وقد أعطى موافقته.

توقيع الممارس \_\_\_\_\_ الاسم المطبوع \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ الوقت \_\_\_\_\_

نعم - تمّ استخدام مترجم شفهي كجزء من هذه العملية.

PATIENT LABEL



SWEDISH

SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-ARABIC Rev. 07/2018

إعطاء الموافقة بشأن عملية جراحية أو علاج بإجراء جراحي جانبي