



الموافقة المستنيرة على التنظير المعدي المعوي العلوي

أنا الممضي أسفله
 المولود بتاريخ / / المقيم في
 الهاتف / البريد الإلكتروني البريد الإلكتروني
 ولي الأمر/الوصي على المريض
 أقر بأنه قد تم إعلامي بطريقة مفهومة وواضحة وشاملة حول مؤشرات وطرق إجراء التنظير المعدي المعوي العلوي EGDS ، من خلال قراءة هذه الوثيقة والمحادثة السابقة مع الطبيب العامل.
 يتضمن إجراء التنظير المعدي المعوي العلوي EGDS إدخال أداة مرنة من الفم لاستكشاف المريء والمعدة و الأمعاء الدقيقة الاثني عشر.

أوافق على أداء:

الاختبارات التشخيصية و/أو التدخلات العلاجية "منخفضة المخاطر" (كما هو محدد في الإرشادات الإيطالية والأوروبية):
 • **العينات النسيجية (الخزعات):**

• **الاستئصال، واستئصال السليّة، واستئصال الآفات ذات الحجم الصغير/المتوسط**

لقد تم إخباري أن هذا الإجراء مرتبط ببعض الأحداث السلبية التي يمكن أن تكون خطيرة:

- أو النزف: $>10\%$ للإجراءات العلاجية؛
- أو الانتفاخ: 0.5% للاختبارات التشخيصية، $>2\%$ للإجراءات العلاجية
- أو 0.25% للوفيات.

لقد تم إعلامي أن الحالة السريرية بعد الاختبار يمكن أن تتميز ببعض العواقب، ولا سيما الجراحة الطارئة و/أو نقل الدم.

• **التخدير والتسكين** يهدفان إلى تقليل الألم/الانزعاج مع إمكانية إعطاء أدوية مضادة للحصول على الاستيقاظ المناسب.

لقد تم إخباري أن التخدير المتوسط/العميق يرتبط بخطر حدوث أحداث سلبية محددة:

- أو تفاعلات حساسية (تشنج قصبي و/أو شري).
- تغيير في ضغط الدم ومعدل ضربات القلب.
- أو توقف التنفس و/أو القلب ($0.001-0.003\%$) والوفيات ($>0.0003\%$)

إذا تعرضت للتخدير/التسكين، فقد تم تحذيري بأنني لن أتمكن من مغادرة العيادة إلا بصحبة شخص بالغ، وأنه محظور علي قيادة السيارات أو المركبات الآلية أو القيام بالأنشطة التي تتطلب حالة طبيعية من الوعي/اليقظة لمدة 12 ساعة التالية.

أوافق على أنه، إذا ظهرت ظروف ضرورية و استثنائية أثناء الاختبار، يمكن للطبيب، وفقاً لتقديره، اتخاذ قرارات تشخيصية وعلاجية بخلاف تلك المتوخاة.

لقد أتيت لي الفرصة والوقت لطرح جميع الأسئلة التي أعتبرها مناسبة في هذا الصدد، وحصلت على إجابات شاملة فهمتها تماماً وأرستني. ووفقاً لما ورد أعلاه وبكامل حرية الحكم،

أنا موافق

- على المعالجة المقترحة، بما في ذلك أي مناورة متصلة ومكاملة، مع القدرة في أي وقت - بإعلان رسمي ومعلن - على تعديل هذا القرار.
- على معالجة البيانات الشخصية، بعد الاطلاع على التشريعات الحالية المتعلقة بسرية البيانات الشخصية وخاصة البيانات الصحية الحساسة وبعد القراءة المسبقة للمرسوم التشريعي 2003/196.

التاريخ

توقيع المريض/ الوصي

تصريح الطبيب

أنا الموقع أدناه، الطبيب.....، أؤكد أن المريض قد فهم كامل لما ورد أعلاه، بما في ذلك الجوانب الإدارية والطبية والقانونية، وأن الإشارة للفحص مناسبة:

الإشارة

الاجراء السابق

الأمراض المصاحبة التي تعاني منها حالياً

الإلمام

warfarin ; الوارفارين □ □ NAO □ كلوبيدوقرل clopidogrel العلاج المضاد للتخثر. أسبرين □
جسر الى □ bridge to LMWH معلق □ منذ عدد الأيام; قيد التنفيذ □

توقيع الطبيب..... توقيع الشاهد.....

أنا الموقع أدناه أعلمني الطبيب

انا لا اوافق

لإجراء الفحص بالمنظار، مع العلم أن رفضي قد يسبب ضرراً لصحتي مع أنني لست في خطر وشيك على حياتي. أدرك أنه إذا ساءت حالتي الصحية، مما يعرض حياتي للخطر، فسيستمر العاملون الصحيون في تنفيذ جميع الإجراءات اللازمة للتعامل مع هذا الوضع وحله وفقاً للقوانين المعمول بها.

التاريخ

إمضاء المريض/الوصي