

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

גרסה 08/16

טופס הסכמה ל - נמוذج موافقة ل- نسخة

**טיפול קרינתי  
العلاج الإشعاعي**

**Radiotherapy / Brachytherapy/ Radioactive therapy**

הهدف מן העلاج الإشعاعي هو علاج المرض أو منع تكراره من خلال مهاجمة الخلايا السرطانية من أجل تدميرها. ومع ذلك، العلاج الإشعاعي قد يضر في أي عضو في مجال الإشعاع. وهناك عدة أنواع من العلاج الإشعاعي، بما في ذلك الإشعاع الخارجي، العلاج الإشعاعي الموضعي والعلاج الإشعاعي الفعال.

يتم إعطاء الإشعاع الخارجي عن طريق جهاز الأشعة وهو موجود بعيدا عن مجال الأشعة؛ يمكن إدراج العلاج الإشعاعي الموضعي باستخدام مواد مشعة في أنسجة الجسم أو في تجويف الجسم. والعلاج الإشعاعي الفعال يتم تناوله عن طريق الفم أو عن طريق الوريد. ويتم تصميم العلاج الإشعاعي الخارجي أو العلاج الإشعاعي الموضعي في محاولة للحد من أو تقليل أو منع تلف الأعضاء السليمة هي في مجال الإشعاع. وعادة ما يتضمن تخطيط العلاج الإشعاعي محاكاة باستخدام التصوير مثل CT مع مادة مضادة إذا لزم الأمر. الغرض من إجراء CT هو للتخطيط فقط، ولا يستخدم في إجراء التشخيص. ويشمل تخطيط العلاج أيضا على فحص مجال الإشعاع على سطح الجلد باستخدام الوشم أو علامات أخرى التي قد تبقى بشكل دائم. قد يكون من الضروري استخدام التخدير أو الطمس - التثويش وإجراء الصور لتحديد وتوثيق مجالات الإشعاع في منطقة المرضى.

يتم تحديد مدة العلاج على اساس خطة الإعداد المسبق أو وفقا للاستجابة للعلاج.

**שם החולה:**

**اسم المريض/ة:**

שם האב  
اسم الأب

ת.ז.  
بطاقة الهوية

שם פרטי  
الاسم الشخصي

שם משפחה  
اسم العائلة

אנא אصرّح وأؤكد بذلك بأني تلقيت شرحا مفصّلا وشفهيا من الطبيب:

שם פרטי

שם משפחה



اسم الشخصی

מדבקת המטופל

اسم العائلة

שם המוסד הרפואי / לוגו

بالنسبة لمرضي ومعالجته فقد نصحوني بتلقي العلاج الإشعاعي.

نوع الإشعاع \_\_\_\_\_ منطقة الإشعاع \_\_\_\_\_ (فيما يلي: "العلاج الأساسي").

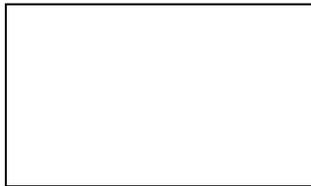
أنا أصرّح بأني تلقيت شرحا حول العلاجات البديلة لعلاج حالتي المرضية.

كما أتي تلقيت شرحا عن الآثار الجانبية والمضاعفات المترتبة على العلاج الإشعاعي, وبيعضها يظهر خلال فترة العلاج و/أو بعده والبعض قد يظهر خلال اشهر أو سنوات بعد العلاج. قد تتطلب بعض المضاعفات العلاج في المستشفى وفي حالات نادرة قد يؤدي الى الوفاة. وتشمل الآثار الجانبية المتعلقة بالعلاج الإشعاعي, من بين أمور أخرى, الأعراض التالية:

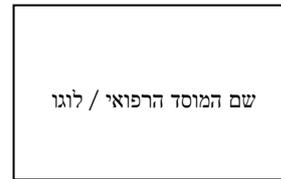
1. الجلد والشعر - احمرار, حرقان وحكة الى ظهور قرحة في المنطقة المعالجة.
2. وفي مرحلة لاحقة قد يظهر سماكة في الجلد والندوب, توسع الأوعية الدموية, تلون الجلد وقروح مزمنة. الإشعاع يمكن أن يسبب تساقط الشعر في المنطقة التي معالجتها بالأشعة, التي قد تكون مؤقتة أو دائمة.
3. الجهاز العصبي المركزي - الصداع, اضطرابات السمع والرؤية. أنواع مختلفة من إصابات الدماغ, والأضرار الهرمونية. التهاب الإشعاع في الحبل الشوكي مع تلف الأعصاب.
4. رأس العنق - اضطرابات البلع, القرحة في الغشاء المخاطي لتجويف الفم ومجاري البلع/ التنفس العلوي. جفاف الأغشية المخاطية والأضرار التي تلحق بالأسنان, إصابة الغدة الدرقية, إصابة عظام الجمجمة, وتصلب العضلات.
5. الجهاز التنفسي - صعوبة في التنفس, والسعال, والالتهاب الرئوي, وكسور في الأضلاع.
6. الجهاز الهضمي - فقدان الشهية, الغثيان, ألم في البلع, والتقيؤ, والإسهال, والنزيف, وانسداد الأمعاء, سلس البول, تلف الكبد.
7. الجهاز البولي - اضطراب في البول وحتى الانسداد أو سلس البول, النزيف, الفشل الكلوي والمثانة البولية.
8. الجهاز التناسلي - العجز الجنسي, التضييق/ جفاف المهبل, العقم وعدم الخصوبة.
9. جهاز الدورة الدموية - انخفاض في عدد كريات الدم الحمراء/ البيضاء أو الصفائح الدموية. انخفاض في عدد كريات الدم البيضاء قد تؤدي الى انخفاض في مقاومة الجسم وظهور العدوى. والأعراض التي تشير الى الإصابة بالعدوى قد تتطلب, في كثير من الأحيان, العلاج بالمضادات الحيوية في المنزل أو المستشفى. انخفاض في الصفائح الدموية قد يؤدي في الحالات القصوى, الى نزيف قد يظهر بأشكال مختلفة, بما في ذلك: ظهور بول أحمر أو نقاط والبقع على سطح الجلد. أي نزيف يتطلب الإحالة الفورية الى الطبيب المعالج.
10. أما لدى الأطفال قد يؤدي ذلك الى الضرر في النمو والتنمية.
11. هناك احتمال لظهور المرض الخبيث الثاني, وخاصة عند الأطفال.
12. في حالة المرأة الحامل قد يضر بالجنين.
13. إدخال المواد المشعة الفعالة في الجسم (العلاج الإشعاعي الموضعي) غالبا ما تتضمن الدماء المحلي/العدوى والمضاعفات الأخرى المتعلقة بالمنطقة المعالجة.



14. العلاج بالمواد المشعة الفعالة عن طريق الفم أو الوريد، يبقى في الجسم الى أن يتلاشى، يتطلب الحفاظ على قواعد السلامة من الإشعاع.  
 بحسب المنطقة المعالجة قد تكون الآثار الجانبية والمضاعفات التالية لم يرد ذكرها أعلاه.  
 التفاصيل: .



מדבקת המטופל




---



---



---

في حالة العلاج الإشعاعي الفعال (عن طريق الفم أو عن طريق الوريد، كما وتلقيت شرحا حول قواعد السلوك المطلوبة بحسب نوع المادة الإشعاعية الفعالة) .

لأنه أثناء إجراء عمليات التصوير سوف يتم استخدام المواد المضادة أنا أصرّح بموجب هذا أنه إذا تم الكشف عن أي حساسية لدي تتناقض مع المادة المضادة مثل اليود وغيرها قد أبلغت عن هذا للطبيب الذي تلقيت منه الشرح أو الطبيب المعالج لي.

أنا أصرّح / وأؤكد / بموجب هذا بأنه قد أوضح لي وأنا أفهم ذلك / هناك احتمال خلال العلاج الأساسي بوجود حاجة لتوسيع نطاق العملية الجراحية أو تغييرها أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية لإنقاذ حياة أو منع أي ضرر جسماني،

بما في ذلك عمليات جراحية إضافية أخرى، لا يمكن التنبؤ بها ، ولكن تم شرح معناها بالنسبة لي. لذلك، أنا موافق / لهذا التعديل، أو تنفيذ إجراءات أخرى أو إضافية بما في ذلك الاجراءات التي يراها الأطباء في المستشفى ضرورية أو مطلوبة أثناء العلاج الأساسي.

إذا كان إجراء العلاج سيتم تحت تأثير التخدير الموضعي، أنا موافق/ة على إجراء تخدير موضعي مع أو بدون حقن المواد المهدئة في الوريد وبعد أن شرح لي عن مخاطر ومضاعفات التخدير الموضعي بما في ذلك الإصابة بالحساسية بدرجات مختلفة بسبب المخدر ومضاعفات استخدام المسكنات والتي نادرا ما قد تسبب الى اضطرابات في الجهاز التنفسي والى اضطرابات في عمل القلب، خاصة بين مرضى القلب والذين يعانون من اضطرابات في الجهاز التنفسي.

معلوم لدي بأنه إذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، وفي أثناء التقييم والعلاج قد يشارك جزء من الطلاب بالمراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بموجب هذا بأن العلاج وجميع الإجراءات الأساسية الأخرى سوف يتم تنفيذها من قبل كل من يتم تعيينه للقيام بذلك وفقا للإجراءات والأحكام المتبعة في المركز الطبي، ولا يوجد هناك ضمان لاتخاذها، كلياً أو جزئياً، من قبل شخص معين وأن يتم تنفيذها بمسؤولية تامة فقط ووفقاً للقانون.



אני אעניי את מוסמקתי בזה באיגרא זהה האלאג האסאסי.



חתימת המטופל  
توقيع المريض

שעה  
الساعة

תאריך  
التاريخ



חתימת אפותרופוס  
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)

שם אפותרופוס  
(קירבה למטופל)

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל  
توقيع الودي  
(في حال قاصر غير كفؤ أو مختل عقليا)

اسم الوصي  
(صلة القرابة بالمريض/ة)

אני אוקד בזה אני שרחת שפיהא ללמريض/ة / للوصي / لمترجم المريض/ة جميع التفاصيل المذكورة أعلاه وأنه/ها وقع/ت على الموافقة بحضوري بعد أن اقتنعت أنه فهم/ت تفسيرتي بشكل تام.



תאריך ושעה  
التاريخ والساعة

חתימת הרופא  
توقيع الطبيب

שם הרופא (חותמת)  
اسم الطبيب (ختم)



קשריו לחולה  
صلته بالمريض/ة

שם המתרגם/ת  
اسم المترجم/ة

