

## מודג מואفة: تلقي حقن دم أو حقن مركبات دم

הסכמה לקבלת עירוי דם ומרכיביו

### מדבקה גדולה

حقن الدم أو حقن جزء من مركباته مثل تركيز كريات الدم الحمراء والبلازما الجديدة وتركيز الصفائح الدموية والألبومين وبروتينات الدم المناعية والرسوبات البردية يتم إعطائها للمريض المحتاج لها بطريق التسريب الوريدي (إنفوزيا) أثناء إجراء العملية أو غيرها من العلاجات الطبية، وذلك نتيجة نقص دم أو نقص أحد مركبات الدم.

الدم و/أو مركباته المخصصة للحقن يتم جمعها وفحصها بدقة بحسب الإجراءات المعتمدة في وزارة الصحة. كما يتم فحص ملائمة الحقن الوريدي لجسم المريض المتلقي. ومع ذلك هناك خطورة صغيرة للغاية لوجود عد تلاؤم بين الدم و/أو مركباته وبين جسم المريض المتلقي، ونتيجة ذلك قد يحصل تفاعل يعكس في ارتفاع حرارة الجسم أو ظهور طفح جلدي أو قشعريرة. يمكن معالجة هذه التفاعلات بنجاح. وفي أحيان نادرة قد يكون هناك تفاعل انحلال دموي قد يكون فتاكاً.

كذلك وعلى الرغم من حقيقة أن إعداد الدم وفحصه في بنك الدم يتم بأحدث الطرق بحثاً عن الفيروسات، إلا أن هناك احتمال ضئيل بأن يحتوي الدم و/أو مركباته على فيروس قد يتسرب إلى جسم المريض دون أن يظهر كعدوى خلال أشهر أو سنوات. خطورة الإصابة باليرقان الفيروسي بهذه الطريقة واحتمال الإصابة بفيروس فشل الجهاز المناعي - قائمة لكنها نادرة. لكن خطورة عدم تلقي الدم و/أو مركباته أثناء العملية أو أثناء تلقي العلاج الطبي يفوق بأضعاف خطورة تلقي الدم و/أو مركباته.

اسم المريض \_\_\_\_\_  
اسم العائلة \_\_\_\_\_  
الاسم الشخصي \_\_\_\_\_  
اسم الأب \_\_\_\_\_  
رقم الهوية \_\_\_\_\_

أصرح وأؤكد بأنني تلقيت شرحاً تفصيلياً شفهيّاً

من الدكتور/ البروفيسور \_\_\_\_\_  
(اسم العائلة) \_\_\_\_\_  
(الاسم الشخصي) \_\_\_\_\_  
التاريخ \_\_\_\_\_

اسم الطبيب/ة \_\_\_\_\_  
توقيع الطبيب/ة \_\_\_\_\_  
رقم الرخصة \_\_\_\_\_

عن ضرورة تلقي الدم و/أو مركباته، بما فيه شرح عن النتائج المرجوة وعن المخاطر المعقولة وعن طرق العلاج البديلة في ظروف الحالة، بما فيها ما ينطوي عليه كل واحد من تلك الإجراءات من مخاطر واحتمالات.

تلقيت شرحاً عن ضرورة تبليغ الفريق الطبي إذا ظهرت أي علامات شاذة أثناء إعطاء الحقن الوريدي وما هي تلك العلامات. كما تم منحي فرصة لطرح الأسئلة عن إعطاء الدم و/أو مركباته.

حقن الدم و/أو مركباته أثناء المكوث في المستشفى وفي قسم طب الطوارئ؛ أوافق على تلقي حقن الدم و/أو مركباته وتستخدم موافقتي هذه لتلقي حقن الدم و/أو مركباته حتى نهاية مكوثي الحالي في المستشفى إذا تطلبت معالجتني ذلك. أعلم وأوافق على أن تلقي حقن الدم و/أو مركباته يتم على يد من أوكلت له هذه المهمة بالتوافق مع أنظمة وتعاليم خدمات الصحة العامة وبالتوافق مع القانون.

حقن الدم و/أو مركباته في العيادة - خدمة خارجية\*؛ أوافق على تلقي حقن الدم و/أو مركباته وتنطبق موافقتي هذه لتلقي المزيد من حقن الدم و/أو مركباته طيلة \_\_\_\_\_ منذ تاريخ التوقيع الحالي إذا لزم الأمر لمعالجتني. أعلم وأوافق على أن تلقي حقن الدم و/أو مركباته يتم على يد من أوكلت له هذه المهمة بالتوافق مع أنظمة وتعاليم وزارة الصحة وبالتوافق مع القانون.

توقيع المريض

التاريخ

توقيع الوصي (في حالة قاصر أو فاقد أهلية)

اسم الوصي (القرابة)