

أولياؤنا الاعزاء

إن طفلكم على وشك الخوض في عملية جراحية. إنه من وظيفة طبيب التخدير اختيار طريقة إجراء التخدير الأكثر ملائمة لطفلكم ثم إجراءها ومراقبة طفلكم في المراحل الزمنية الأولى ما بعد عملية التخدير.

من خلال الاجابة على الاسئلة التالية بشكل دقيق تساعدونا في توفير لنا صورة عن وضع طفلكم الصحي وبالتالي تساعدونا على فعل ما هو الشيء الافضل من اجل سلامته. من خلال الحديث مع طبيب متخصص في التخدير سنتعلمون كيفية إجراء التخدير والتقنيات المستعملة فيها وكذلك المراقبة المخاطر المرافقة لها. نرجو منكم طرح إلينا كل ما عندهم من اسئلة حول موضوع التخدير.

### فرقة أطباء التخدير لديكم، د. ماركوس فول، د. توبياس بون، د. موريس بينيا - متخصصون في التخدير

١٢. امراض عضلية وراثية أو ضعف في العضلات، بما في ذلك وقوع هكذا امراض عند اقرباء الدم، ميول تجاه فرط الحرارة؟  
 لا  نعم
١٣. امراض الدم او اضطرابات في تخثر الدم، بما في ذلك عند اقرباء الدم (حدوث نزيف دم من الأنف بشكل متكرر أو بشكل مداوم)؟  
 لا  نعم
١٤. هل لدى طفلك حساسية على مواد معينة (أدوية، ضمامات، مواد غذائية، لاتيكس)؟  
 لا  نعم  
 اية حساسيات؟
١٥. هل طفلك يعاني من امراض التهابية؟ نعم  لا   
 اية امراض؟
١٦. هل تلقى طفلك تطعماً خلال الاسبوعين الماضيين؟ نعم  لا   
 اية امراض؟
١٧. هل اسنان طفلكم في حالة متدهورة؟  
 لا  نعم
١٨. نقاط خاصة اخرى (الولادة المبكرة، التهابات شديدة، الخ.)  
 لا  نعم
- الاسم \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_  
 شارع / رقم البيت \_\_\_\_\_  
 منطقة السكن \_\_\_\_\_  
 الهاتف \_\_\_\_\_  
 التأمين الصحي \_\_\_\_\_  
 الطبيب المنزلي \_\_\_\_\_  
 الجسم وزن / ارتفاع \_\_\_\_\_
- هم سبق أن اجريت عملية على طفلك من قبل؟  
 لا  نعم  
 اي عملية \_\_\_\_\_  
 تمت؟ \_\_\_\_\_  
 متى \_\_\_\_\_  
 حصلت؟ \_\_\_\_\_

هل طرأت أثنائها ظروف غير عادية؟  
 لا  نعم  
 اية ظروف؟ \_\_\_\_\_

هل وقعت عند اقرباء دم لطفلك ظروف طبية غير عادية اثناء إجراء عملية تخدير؟  
 لا  نعم  
 اية ظروف؟ \_\_\_\_\_

هل طفلك يخوض معالجة طبية في الوقت الراهن؟  
 لا  نعم  
 بسبب اي مرض؟ \_\_\_\_\_

هل يتعاطى طفلك أدوية بشكل اعتيادي؟  
 لا  نعم  
 اية ظروف؟ \_\_\_\_\_

هل يعاني أو سبق أن عانى طفلك من احدي الامراض التالية؟

١. أمراض قلبية (خلل قلبي، خلل في نظم القلب، أو هل يتغير لون بشرة طفلك نحو الازرق عند بذل جهد جسماني)؟  
 لا  نعم
٢. امراض نظام الدورة الدموية (ضغط دم مرتفع أو منخفض أكثر من اللازم)؟  
 لا  نعم
٣. الامراض الوعائية (اضطرابات في دوران الدم، تخثر، نوبة قلبية)؟  
 لا  نعم
٤. امراض الرئة والقنوات التنفسية (السل، تصون الرئة، التهاب الرئة، انتفاخ الرئة، الربو، التهاب الشعبوي للرئة، انقطاع النفس النومي)؟  
 لا  نعم
٥. امراض الكبد (اليرقان، تصلب الكبد، التهاب الكبد)؟  
 لا  نعم
٦. امراض الكلى (التهاب الكلى، حصى الكلى)  
 لا  نعم
٧. امراض النظام الهضمي (حرقة في فم المعدة، امراض المعدة، امراض امعاء مزمنة)؟  
 لا  نعم
٨. امراض استقلابية (مرض السكري، الغدة الدرقية) نعم  لا
٩. امراض في العيون (الزرق، إعتام عدسة العين)؟  
 لا  نعم
١٠. اضطرابات عصبية (الصرع، الشلل، صداعات كثيرة)؟  
 لا  نعم
١١. امراض في النظام الهيكلية (العمود الفقري، التهابات في المفاصل)؟  
 لا  نعم

### بيان موافقة

السيدة(ة) الدكتور(ة) قد اجري محادثة توضيحية عن عملية التخدير معي في ضوء الاجوبة التي قدمتها. تلقيت فرصة لطرح كل ما لدي من أسئلة، خصوصاً فيما تتعلق بنوعية الإجراء ومخاطراتها الخاصة بها، وذلك بعد المعالجة ما قبل العملية والمعالجة ما بعدها، وكذلك فيما يخص اية تعديلات قد تطرأ في العملية. وقد طالعت محتوى المعلومات الخاصة بالوالدين.

ليس لدي اسئلة اخرى.

ما زال لدي الاسئلة التالية:

\_\_\_\_\_

ملاحظة الطبيب فيما يخص المحادثة التوضيحية:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

توقيع اولياء أمور الطفل

توقيع الطبيب

التاريخ

قد اعطي لي نسخة من بيان الموافقة بعد إكمال المحادثة التوضيحية.