

الإجراءات الإضافية: فحص H.P.، التوسيع، الخزعة، تنظير المعى اللفافي، الحقنة الشرجية؟

التنظير المعوي/تنظير القولون: إن تنظير المعدة والقولون إجراءان طبيان يتم من خلالهما إدخال كاميرا فيديو بالغة الدقة بطريقة لطيفة إلى المعدة أو الأمعاء تحت التخدير الخفيف. ويتوجب عليك الترتيب لوجود شخص بالغ ليأخذك إلى البيت بعد الفحص ويجب ألا تتولّى قيادة السيارة أو تعمل أو تُشغل الماكينات أو إتخاذ قرارات هامة حتى اليوم التالي للفحص. ويمكن لأخصائي التنظير المعوي الحصول على صور بالغة الدقة لداخل معدتك أو أمعائك وأن يأخذ عينات وإزالة النميات الصغيرة في نفس الوقت. ومن غير المُحتمل أن تشعر بالإجراء أو تتذكره بعد الإنتهاء. وسيحتاج المريض الذي أُحيل إلينا لإجراء تنظير القولون أن يأخذ من عندنا مجموعة لتحضير الأمعاء مع تعليمات إضافية وذلك قبل موعد التنظير بثلاثة أيام على الأقل. ويجب أن تمتنع عن الطعام والشراب لستة ساعات قبل الموعد.

الأدوية: الرجاء إعلامنا إذا كنت تتناول دواء WARFARIN أو أدوية معالجة مرض السكري لأننا قد نوصي باتباع تعليمات خاصة ويمكنك عدا ذلك أن تستمر في تناول كافة أدويةك الأخرى بشكل عادي.

ما هي الخيارات البديلة المُتاحة لي؟ يمكن أحياناً تشخيص المشاكل المعوية بإستعمال الأشعة السينية وصور المسح أو إجراء فحص الدم في البراز. إن هذه الإستقصاءات مأمونة لكنها عموماً أقل دقة من التنظير الباطني. ولا يمكن أخذ عينات وإزالة الأورام الصغيرة بإستعمال صور الأشعة السينية.

ماذا يحدث بعد ذلك؟ سنُتاح لك فرصة قبل وبعد التنظير لتتحدث إلى أخصائي أبحاث المعدة وأخصائي التخدير اللذان أشرفا على فحصك. وستحصل على نسختك من تقرير التنظير المعوي بعد خضوعك لإجراء التنظير.

إقرار وطلب لإجراء التنظير

أقر أنا بأن:

الطبيب قد شرح لي حالتي الطبية وإجراء التنظير المُزْمَع.

لقد قرأت صفحة المعلومات والأخطار المُحتملة الناجمة عن الإجراء بالنسبة لحالتي. وقد شرح الطبيب خيارات العلاج الأخرى ذات الصلة لعدم القيام بهذا الإجراء. وقد تم تشجيعي على طرح الأسئلة وما يساورني من هموم بشأن حالتي مع الطبيب حول الإجراء وأخطاره وخيارات علاجي. وقد نوقشت أسئلتي وإهتماماتي وقد أُجيب عليها بما يرضيني.

وأعلم أنه إذا تم أخذ خزعات (عينات من الأنسجة) خلال إجراء الجراحة فإنها قد تخضع للفحوصات والتحليل بحثاً عن الأمراض وسيتم بعدئذ التخلص منها بطريقة حسّاسة من قبل جهة إجراء التحاليل والفحوصات.

أعلم أن ليس هناك أي ضمانة أو كفالة بأن الإجراء سيؤدي إلى تحسين حالتي وأن الإجراء قد يؤدي إلى جعل حالتي أشد سوءاً.

وإستناداً إلى الإفادات السابقة، أطلب الخضوع للإجراء. (التنظير المعوي Gastroscopy / تنظير القولون Colonoscopy).

توقيع المريض: × التاريخ:

توقيع الطبيب: × اسم الطبيب:

رجاء إستعمال حروف طباعية