

גרסה 04/19

نسخה 04/19

טופס הסכמת ל- אסתטמרת موافقة [-]

בדיקות לשיקיפות עורפית – הצהרת הנבדקת
فحص الشفافية القحفية - تصريح المريضة
NUCHAL TRANSLUCENCY

إن فحص الشفافية القحفية هو فحص بالألات الساوند بالموجات فوق الصوتية يتم إجراؤه لامرأة حامل لتقدير خطر متلازمة داون (Down Syndrome) وغيرها من العيوب.

وفقاً لتعليمات وزارة الصحة فإن الشفافية القحفية هو الفحص الموصى به للكشف عن متلازمة داون في حالات الحمل المفرد وفي حالات الحمل المتعدد الأجنحة على حد سواء.

يتم إجراء الفحص بين الأسبوع 11 و 6 + 13 (المناسب لحجم الجنين من 45-84 ملم)، عن طريق البطن أو عن طريق المهبل، وفقاً لقرار الطبيب الذي يجري الفحص. يتم قياس سمك السائل تحت الجلد في مؤخرة عنق الجنين.

نتيجة فحص الشفافية القحفية المستمدة من عمر الأم إجراء تقييم للمخاطر الإحصائية لمتلازمة داون.
يُنصح الحامل بجنبين واحد بدمج النتيجة مع المؤشرات البيوكيميائية من دم الأم.

لقد اتضح لي أنه إذا وجدت درجة عالية من المخاطرة بممتلازمة داون، وهي طريقة لتقديم المشورة الوراثية لتقديم توصيات لمزيد من التوضيح.

لا يمكن من خلال الفحص استبعاد متلازمة داون أو غيرها من اضطرابات الكروموسومات بشكل مطلق.

يمكن الوصول إلى التشخيص النهائي لمتلازمة داون أو اضطرابات الكروموسومات الأخرى، فقط من خلال الفحوصات الغازية (بزل السائل السلوى أو الزغابات المشيمية).

وقد أوضح لي أيضاً أنه في حالة وجود الشفافية القحفية أكثر من 3 مم، هناك خطر متزايد لمزيد من العيوب وبالتالي فإن هذه النتيجة في حد ذاتها تبرر الإحالـة إلى الاستشارة الوراثية وإلى تخفيط صدى القلب للجنين.

كذلك أوضح لي أن النتيجة التي تشير إلى انخفاض مستوى المخاطرة لا تحول دون التوصية بإجراء الفحوصات الغازية لأسباب أخرى. في أي حال فإن المستشار الوراثي هو الجهة المخولة بتقييم المشورة والتوصية وتحديد استحقاق المرأة للفحص الجراحي الغازي.

كما أوضح لي أيضاً أن الفحص ليس بديلاً عن الفحوصات الأخرى، مثل الفحص الاستطلاعي الجنيني أو البروتين الجنيني مثل إجراء تخفيط فحص للعيوب المفتوحة في الجهاز العصبي.

فحص الشفافية القحفية ليست مراجعة للنظم.

يجب التوجه مع نتائج الفحص إلى الطبيب المعالج

שם המוסד הרפואי / לוגו

mdbkth.mtovfl

שם המטופל: إسم المريض:

שם האב
שם الأب

ת.ו.
رقم بطاقة الهوية

שם פרטי
الاسم الشخصي

שם משפחה
اسم العائلة

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתني הסבר מפורט בעלפה מד"ר/פרופ' :
أنا أصرّح وأؤكّد بموجب ذلك، بأنني تلقيت شرحًا مفصلاً وشفهيًا من الطبيب/بروفيسور:

שם פרטי
الاسم الشخصي

שם משפחה
اسم العائلة

عن الحاجة إلى إجراء المسح القفوي

معلوم لدي بأنه اذا كان المركز الطبي حائز على الانتساب الجامعي، فمن الممكن مشاركة الطلاب أثناء التقييم والعلاج في المراقبة والإشراف الكامل.

أنا أعلم وأوافق بموجب ذلك على أنه سيتم إجراء فحص المسح القفوي سوف يتم تنفيذها من قبل الشخص الذي سيتم تكليفه بذلك وفقاً لإجراءات وتعليمات المركز الطبي. وأنه لم يتم التعهد لي بأنه سيتم اجراؤها ، كلياً أو جزئياً من قبل شخص معين، شريطة أن يتم تنفيذها تحت طائلة المسؤلية المعتمدة في المؤسسة ووفقاً للقانون.

אני נותנת בזאת את הסכמי לבייצוע בדיקות שקייפות עורפית
أنا أمنح بموجب ذلك موافقتي على إجراء فحص المسح القفوي

חתימת המטופל
توقيع المريض

שעה
الساعة

תאריך
التاريخ

חתימת אפוטרופוס
(במקרה של פסול דין קטין או חולה נפש)
توقيع الوصي
(في حالة فقد الأهلية، قاصر أو مريضة نفسياً)

שם אפוטרופוס
(קִרבה למטופל)
اسم الوصي
(صلة القرابة مع المريض)

שם המוסד הרפואי / לוגו

מדבקת המטופל

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה **لمטופלת** / **לאפטורופוס** / **למתרגם של המטופלת** את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמתה לפני אחר ששוכנعني כי הבינה את הסבירי במלואם. אقر' بهذا بأنני שרحت שפהו **למרישה** / **للوصي על המريضة** / **למתרגם המريضة** המذكور לעלה באלם ובלinchilil המطلوب, ובأنه/ أنها וقع/ت על الموافقة أمامי بعد>Anاقעת ב أنه/ أنهافهم/ת الشرح קامل.

תאריך ושעה التاريخ والمساعة	חתימת הרופא توقيع الطبيب	שם הרופא (חותמת) اسم الطبيب (ختم)
--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

קשריו לחולה صلة بالمريض	שם המתרגם/ اسم المترجم/ة
----------------------------	-----------------------------