



[في التاريخ]: [am Datum]

بدون مادة تباين ohne Kontrastmittel  
 بمادة تباين mit Kontrastmittel  
 فموية oral  
 وعائية intravenös  
 أخرى Sonstiges

المنطقة المراد فحصها من الجسم: zu untersuchende Körperregion

## عزيزي المريض، عزيزتي المريضة،

من المقرر أن يتم معكم تنفيذ طريقة التنظير المحوسب لغرض إجراء فحوصات أكثر دقة.

من خلال الشروط التالية فإننا نسعى إلى إطلاعك أنت وأقربائك إذا لزم الأمر على مسار عملية الفحص والحالات البينية المحتملة والإجراءات السلوكية السابقة واللاحقة لعملية الفحص. هذه الاستمارة تخدم غرض تحضيرك لإجراء المحادثة التوضيحية مع الطبيبة/ الطبيب المختص (سيلي ذكره لاحقاً باسم الطبيب). في إطار المحادثة سوف يخبرك طبيبك بمدى ضرورة إجراء عملية الفحص والطرق البديلة إذا لزم الأمر. سوف يخبرك أيضاً بالمخاطر المحتملة والمضاعفات التي يمكن أن تنتج عن ذلك. يرجى قراءة المعلومات التالية وملء استمارة الأسئلة بعناية. من المفهوم ضمناً أن بياناتك ومعلوماتك الشخصية سوف يتم التعامل معها بسرية وخصوصية تامة.

سوف يرد الطبيب في إطار المحادثة على كل أسئلتك ليزيل أية مخاوف أو شكوك يمكن أن تقلقك؟ بعد ذلك فإنه يمكن أن توافق أو ترفض استخدام طريقة الفحص بالتنظير المحوسب. طبيبك سوف يسلمك بعد انتهاء المحادثة نسخة من الاستمارة بعد ملئها والتوقيع عليها.

المساعد (خوف الأماكن المغلقة)، يرجى أن تخبر الطبيب بذلك قبل

الفحص حتى تتمكن من تزويدك بالمهدئات إذا لزم الأمر.



في بعض الفحوصات يكون من الضروري استخدام مادة تباين محتوية على اليود والتي يتم حقنها مثلاً من خلال كانيولا وريدية مركبة على ظهر اليد أو الساعد لتصل إلى الدورة الدموية. عندئذ قد تشعر بشعور دافئ خفيف غير ضار، ينتشر في جسمك ويزول من نفسه بعد مرور ثوان قليلة.

## طرق بديلة

Alternativ-Verfahren

يمكن اتباع طرق فحص بديلة لطريقة الفحص المحوسب، مثل التنظير بالموجات فوق الصوتية والفحص البسيط بالأشعة السينية والتنظير بالرنين المغناطيسي والتنظير المقطعي بالإصدار البوزيتروني أو التنظير الومضي. يسر الطبيب أن يوضح لك الطرق البديلة والسبب وراء التوصية باتباع طريقة التنظير المحوسب في حالتك باعتبارها طريقة الفحص الأنسب لك.

## كيفية عمل طريقة التنظير المحوسب

Funktionsweise der Computertomographie

طريقة التنظير المحوسب هي طريقة حديثة للتصوير المقطعي يتم فيها بالاستعانة بأشعة سينية إعداد صور عرضية للجسم البشري. صور التنظير المحوسب تتيح للطبيب إمكانية تحديد موضع وقيمة النتيجة (مثلاً كسر أو جراحة عدوى أو ورم) وعلاقتها بالأعضاء الأخرى وتتيح إمكانية التخطيط لعملية العلاج.

عند الفحص أنبوب الأشعة يحيط بالمريض الراقد ويقوم بإرسال أشعة سينية، يتم قياسها من قبل الكاشفات المحيطة بالجسم، وبعد ذلك يقوم الكمبيوتر بتحويل هذه الإشارات إلى صور مقطعية.

طريقة التنظير المحوسب لا تسبب الألم وهي تستمر في العادة من بضع ثوان إلى دقائق بحسب المشكلة الصحية المعنية. عمليات الحساب والتجهيز والإعداد وتقييم صور التنظير المحوسب تستغرق من 5 إلى 30 دقيقة.

## مسار عملية الفحص

Untersuchungsablauf

للقيام بالفحص فسوف يتم وضعك في نطاق التنظير المحوسب على أريكة خاصة (في أغلب الأحوال تكون مضبوطة على الوضع الخلفي) والتي تقوم بالتحرك أوتوماتيكياً ببطء إلى داخل فتحة حلقيية (جانترى) خاصة بالتنظير المحوسب (الشكل). يبلغ قطر الفتحة حوالي 70 سم وبالتالي فهي تعتبر واسعة نسبياً. إذا ما شعرت على الرغم من ذلك بنوع من الضيق فيمكنك في أي وقت التواصل مع الطبيب أو مساعده.

أثناء الفحص يتعين عليك مراعاة إرشادات وتوجيهات فريق العمل واتباعها بدقة وأن تستلقي بمنتهى الهدوء والاسترخاء. يتعين بشدة تجنب القيام بأية حركات. كثيراً ما يتم إجراء الفحص مع الاستنشاق العميق وإيقاف التنفس (حوالي 5 إلى 20 ثانية)، يرجى اتباع توجيهات قدر الإمكان. إذا كنت تشعر بالانحصار في الأماكن الضيقة، مثلاً في

أية فترة زمنية. سوف يقوم طبيبك في المحادثة التوضيحية بالوقوف على مخاطرك الشخصية بقدر أكبر من التفصيل. ويمكنك أيضًا الاستغناء عن جلسة الإيضاح المسهبة. عند تجاوز هذا الجزء المتعلق بالمخاطر فيرجى تأكيد ذلك في نهاية البيان التوضيحي.

وبالإضافة إلى ذلك فإنه يتم الحفاظ على نسبة الإجهاد الإشعاعي منخفضة قدر الإمكان، بالشكل الذي يمكن معه استبعاد التعرض لأضرار إشعاعية حتى بعد تكرار الفحوصات من هذا النوع. ومع ذلك فإن خطر التعرض لأمراض سرطانية (سرطان الدم، "لوكيميا") يكون عاليًا بصفة خاصة مع الأطفال والشباب، على أن إمكانية حدوثها لا تتخطى الحد الأدنى. إذا ما كانت هناك حالة حمل فيمكن أن يصل الأمر إلى الإضرار بالجنين.

**ردود أفعال حساسية** (ردود أفعال عدم تحمل)، مثلًا لمواد التباين والمهدئات أو الأدوية الأخرى تكون نادرة. الطغح الجلدي والحكة والتورمات والميل للقيء والسعال يمكن أن تكون من نتائج الفحص. في أغلب الأحوال تسكن هذه الأعراض من تلقاء ذاتها بدون علاج. أما ردود الأفعال الشديدة، مثل ضيق التنفس والتقلصات وتسارع نبض القلب أو صدمة الدورة الدموية **المهددة للحياة** فهي نادرة الحدوث. من خلال قصور سريان الدم فيمكن على الرغم من الرعاية الطبية المركزة أن تظهر أضرار عضوية مؤقتة أو مستديمة أيضًا، مثل أضرار المخ والشلل والفشل الكلوي. مادة التباين المشروبة يمكن أن ينتج عنها الإصابة بحالات إسهال خفيفة إلى قوية. يتعين أن تتم مراعاة القدر الكافي من السائل المشروب.

### المخاطر الخاصة لتناول مادة التباين

مع المرضى الذين يعانون بالفعل من مرض كلوي يمكن أن تؤدي مادة تباين التصوير الإشعاعي إلى تدهور وظيفة الكلى. ومن خلال زيادة كمية السائل المتناولة أو الأدوية فيمكن أن يتم التغلب على ذلك بشكل جيد في أغلب الأحوال. عند استمرار حالة التدهور فيمكن أن يصل الأمر إلى فشل كلوي، الأمر الذي يتطلب غسيل كلوي مستمر في بعض الظروف.

مع **مرضى السكر**، الذين يتناولون البيجواندين مثل الميتافورمين، يمكن أن يصل الأمر إلى حدوث **اختلالات خطيرة في الأيض** (فرط الحموضة). مع اختلالات وظيفة الغدة الدرقية يمكن أن تؤدي مادة التباين الخاصة بالتصوير الإشعاعي المحتوية على اليود إلى **فرط وظيفة الغدة الدرقية**، ما يعرف باسم فرط الدرقية. يظهر ذلك في صورة سرعة نبضات القلب وشعور بالحرارة وعدم الراحة والإسهال.

### المخاطر الخاصة لحقن مادة التباين

**التورمات الدموية** (هيماتوما) يمكن أن تظهر في مواضع الوخز أو محيطها. من خلال ذلك يمكن أن تتكون تورمات صلبة ومؤلمة. التي تزول في أغلب الأحوال من تلقاء ذاتها بدون علاج بعد أيام أو أسابيع من الفحص.

عند حقن مادة التباين يمكن أن يصل الأمر إلى **انفجار الأوردة**، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى ظهور **تورمات دموية** تتطلب العلاج. إذا ما تحركت مادة التباين وانتقلت إلى النسيج المحيط، يمكن أن يؤدي ذلك إلى الإصابة **بالتهاب**، يستدعي أن يتم تبريده لعدة أيام.

**حالات العدوى** في موضع الوخز المصحوبة بتورمات تقيحية وموت الأنسجة أو التهاب الأوردة نادرًا ما تحدث. وهي تظهر في صورة تورم أو احمرار أو ألم أو فرط حرارة الجلد وحمى. في أغلب الأحوال يمكن علاج حالات العدوى هذه جيدًا بالمضادات الحيوية. في الحالات المبالغ فيها يمكن أن يصل الأمر إلى دخول الجراثيم إلى مجرى الدم وهو ما يؤدي إلى تسمم الدم الخطير على الحياة أو التهاب غشاء القلب الداخلي.

بعد حقن مادة التباين يمكن أن يصل الأمر إلى **التهاب الأوردة أو اختلالات في سريان الدم** أو إلى تكون جلطات دموية (خثرات) في الوعاء الدموي المعنى. يمكن أن تتحرك الجلطات وتتسبب في سد أو عيه دموية لأعضاء أخرى (انسدادات وعائية). على الرغم من العلاج فيمكن أن تؤدي هذه الجلطات إلى حدوث أضرار مستديمة (مثلًا انسداد رئوي أو نوبة بحالات شلل مستديمة أو فشل كلوي).

**تضرر الجلد أو الأجزاء اللينة أو الأعصاب**، مثلًا جراء الحقن أو التورمات الدموية أو تورمات الحقن التقيحية أو سريان مادة التباين بجانب الأوردة عند حقن مادة التباين نادرًا ما تحدث. الشعور بالصمم والشلل والالام يمكن أن تكون النتيجة. في أغلب الأحوال تكون هذه الأعراض مؤقتة. وعلى الرغم من تناول العلاج فيمكن ألا يزول الألم أو يمكن أن تتكون ندوب.

## إرشادات للتخصير والرعاية اللاحقة

Hinweise zur Vorbereitung und Nachsorge

إن وجد يرجى أن تحضر معك صور الأشعة السابقة وصور التنظير المحوسب أو النتائج السابقة.

يرجى اتباع توجيهات الطبيب فيما يتعلق بتناول الأدوية والإفافة. يمكن أن تتباين إرشادات السلوكيات والتصرف بحسب نوع الفحص المعني.

### التخصير:

**تناول الأدوية:** من الهام أن تخبر طبيبك بالأدوية التي يجب عليك تناولها أو أن تحقن بها بشكل دوري (ولا سيما تلك المواد المثبطة لتجلط الدم، مثل الأسبرين® [ASS] والماركومار® والهيبارين والبرافيكس® والمضادات الحيوية المحتوية على الميتافورمين، ما تعرف باسم "البيجوانيد" مع مرضى السكر وما شابه) أو بشكل غير منتظم في آخر 8 أيام قبل إجراء الجراحة. ومن ذلك أيضًا كل الأدوية التي يتم تناولها بدون وصفات طبية والعقاقير النباتية. سوف يخبرك طبيبك ما إذا كان من الضروري أن تقوم بتقليل جرعات الأدوية وفترة التقليل.

الكثير من الفحوصات لا تتطلب إصدار تقييم أولي خاص. في بعض الفحوصات التي تتم على القناة المعدية المعوية يجب عليك شرب مادة التباين قبل إجراء الفحص. في الفحوصات التي تتم على الأمعاء الغليظة والقولون يكون من اللازم إذا لزم الأمر أن يتم إدخال الماء أو مادة التباين إلى المعدة عبر أنبوب معوي مناسب. لغرض فحص المثانة فيمكن أن يتم إدخال مادة التباين عبر قسطرة المثانة إلى داخل المثانة.

بالنسبة لأغلب الفحوصات فلا تحتاج إلى أن تأتي وأنت صائم، أما فحوصات القناة المعدية المعوية فتتطلب أن تكون قد تناولت الطعام قبل 2 إلى 4 ساعات تقريبًا. بشكل مبدئي ينصح بتخفيف الأكل. عند إجراء فحوصات على نطاق البطن فيتعين أن الإمتناع عن تناول المأكولات الثقيلة في اليوم السابق للفحص (مثلًا البقول والأعشاب).

مع بعض الأمراض الأولية يجب قبل التنظير المحوسب المقرر تنفيذه باستخدام مادة التباين أن يتم تحديد قيم معملية معينة، مثلًا المتعلقة بوظائف الكلى أو الغدة الدرقية. في هذه الحالة سوف يبلغك طبيبك بذلك في الوقت المناسب.

مواد التباين المحتوية على اليود يمكن أن يتم الإمداد بها أيضًا أثناء فترة الرضاعة. ليس من الضروري عندئذ قطع الرضاعة.

### الرعاية اللاحقة:

بعد إجراء أي فحص باستخدام مادة التباين فيتعين أن يتم شرب كمية كافية منها، حتى يمكن التخلص من مادة التباين سريعًا عبر الكلى.

إذا كنت قد تناولت مهدئًا، فيجب في حالة **الفحص العاجل** أن يقوم بإحضارك شخص بالغ. احرص أيضًا على أن يتواجد معك في المنزل شخص يراعيك طوال الفترة التي يوصي بها الطبيب. نظرًا لأن قدرتك على الاستجابة ستكون مقيدة جراء تناول جرعة المهدئات، فلن يسمح لك لفترة **24 ساعة التالية لإجراء الفحوصات** بالمشاركة الفعالة في الحركة المرورية (ولا حتى كأحد المارة) ولا ممارسة أي أنشطة خطيرة. كما أنه لا يتعين عليك في هذه الفترة تناول أي مشروبات كحولية وعدم اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بشخصك أو بأمورك الاقتصادية.

يرجى أن تبلغ طبيبك على الفور أو ابحت عن مستشفى متخصصة إذا ما ظهرت عليك بعض الآلام، مثل الطغح وضيق التنفس وسرعة نبضات القلب أو الشعور بالبرودة مع تصبب العرق عقب الفحص باستخدام مادة التباين. سوف يتطلب الأمر العلاج الفوري. يمكن أن تظهر الآلام حتى بعد أيام من إنهاء الفحص.

## المخاطر المحتملة والمضاعفات والآثار الجانبية

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

من المعروف بوجه عام أن أي تدخل طبي يخفي ورائه بعض المخاطر. وطريقة التنظير المحوسب هي طريقة روتينية آمنة. صحيح أن هناك قدر قليل من **الإجهاد الإشعاعي** الذي يتعرض له الجسم مع الأجهزة الحديثة المستخدمة حاليًا، إلا أنه يكون أعلى منه مع صور الأشعة العادية. ولذلك فإن طريقة التنظير المحوسب لا يتم تطبيقها إلا إذا كان الغرض النفعي منها يستحق التعرض لهذا القدر من الإجهاد الإشعاعي. من الهام أن ترشد طبيبك إلى الفحوصات بالأشعة التي سبق أن قمت بها، ولذلك لغرض الحفاظ على نسبة الإجهاد الإشعاعي الإجمالي منخفضة قدر الإمكان في

nein = لا ja = نعم

## أسئلة حول تاريخك المرضي (Anamnese) Fragen zu Ihrer Krankengeschichte

يرجى قبل إجراء المحادثة التوضيحية أن ترد على الأسئلة التالية بعلم ودراية وأن تضع علامة على الإجابة الصحيحة. من المفهوم ضمناً أن بياناتك ومعلوماتك الشخصية سوف يتم التعامل معها بسرية وخصوصية تامة. من خلال معلوماتك الشخصية فإن الطبيب يمكنه تقييم مدى خطورة التدخل في حالتك بشكل أفضل، وسوف يتمكن من اتخاذ الإجراءات اللازمة لتجنب المضاعفات والآثار الجانبية.

النوع:  ذكر /  أنثى، العمر: \_\_\_\_\_ عام، الوزن: \_\_\_\_\_ كجم، الطول: \_\_\_\_\_ سم،  
Geschlecht: w / m Alter: Jahre Gewicht: kg Größe: cm

1 هل سبق أن حصلت على تنظير محوسب، مثلاً عند إقامتك السابقة في المستشفى؟  
Haben Sie schon einmal eine Computertomographie, z. B. bei einem früheren Krankenhausaufenthalt, erhalten?

هل المنطقة في جسمك التي سبق أن تم فحصها؟

ينعين تقديم بطاقة الكشف بالأشعة، يرجى إحضارها معك!

Welche Region(en) Ihres Körpers wurden hierbei untersucht? Sollte ein Röntgenpass vorliegen, bitte mitbringen!

2 هل تعاني من خوف الأماكن المغلقة („رعب الاحتجاز“)?  
Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)?

3 هل تم اعطائكم مادة مظلمة؟  
Haben Sie schon einmal Kontrastmittel erhalten?

هل ظهرت مضاعفات؟ إذا كان الإجابة بنعم، ما هي؟  
Ergaben sich dabei Komplikationen? Wenn ja, welche?

هل تتناولون أدوية ضد السكر؟  بالحقن (مادة الأنسولين)،  أو عن طريق الفم كحبوب (مثل غلوكوفاغي، ميتفورمين، غانوميت)،  
Nehmen Sie Diabetesmedikamente ein?  Spritzen (Insulin),  metforminhaltige Tabletten (z.B. Glucophage®, Metformin®, Jani/met®)  
أو أدوية مشابهة: \_\_\_\_\_ Sonstiges:

## 4 بيانات خاصة بتناول الأدوية:

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

هل تتناول بصفة منتظمة إلى أدوية مانعة لتجلط الدم، أو قمت بتناولها مؤخراً (حتى قبل 8 أيام)، ما الذي تتناوله أو تُحقن به؟  
Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt?  
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي؟  
Wenn ja, welche?

هل تتناول أدوية أخرى؟  
Nehmen Sie andere Medikamente ein?

إن كانت الإجابة بنعم، فيرجى إدراجها:

(وأيضاً الأدوية التي تتناولها بدون وصفة طبية، والمواد العلاجية الطبيعية أو النباتية، والفيتامينات، وما إلى ذلك)  
Wenn ja, bitte auflisten: (Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

5 هل توجد حالة حمل؟  
Besteht eine Schwangerschaft?

6 هل ترتدي أشياء معدنية أو أجزاء زرع في أو على الجسم؟  
Haben Sie Metall oder Implantate (z. B. künstliche Hüfte) im oder am Körper?  
إذا نعم، أين؟  
Wenn ja, wo?

## هل تعاني فعلياً في الوقت الحالي أو سبق لك أن تعرضت لأمراض أو أعراض لهذه الأمراض:

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

7 الهيموفيليا/ اضطرابات تجلط الدم؟  
Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung?

ميل كبير للنزف (مثلاً تكرار نزف الأنف، النزيف العنيف عقب العمليات الجراحية، وعند الإصابة بجروح أو علاج الأسنان)،  
 والميل لحدوث أورام دموية (ظهور بقع تكون غالبيتها زرقاء اللون بدون سبب يستدعي ذلك).  
 Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),  Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass).

هل توجد لدى أقربائك أعراض اعتلال الدم/اضطراب تجلط الدم؟  
Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen?

8 حساسية/ فرط الحساسية؟  أدوية،  مواد غذائية،  مادة التباين،  اليود،  لاصق،  
 للالتكس (مثلاً قفازات مطاطية، بالون هوائي)،  لحبوب لقاح (أعشاب، أشجار)،  مواد تخدير،  
 لمعادن (مثلاً حكة من خلال شاسيه النظارات المعدنية، حلي الزينة أو مواضع برشمة السراويل)،  
Allergie/Überempfindlichkeit  Medikamente,  Lebensmittel,  Kontrastmittel,  Jod,  Pflaster,  
 Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon),  Pollen (Gräser, Bäume),  Betäubungsmittel,  
 Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: \_\_\_\_\_

9 هل توجد لديك اضطرابات في القلب/ الدورة الدموية/ الأوعية الدموية؟  
Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen?

نوبة قلبية،  ذبحة صدرية (الأم في القفص الصدري، ذبحة)،  قصور قلبي،  اضطرابات نظم القلب،  
 التهاب عضلة القلب،  التهاب الغشاء القلبي الداخلي،  جراحة القلب (إذا لزم الأمر باستخدام صمام قلبي صناعي أو منظم ضربات القلب أو مزيل رجفان)،  ارتفاع ضغط الدم،  نوبة قلبية،  
 دوالي،  التهاب الأوعية،  تمدد دم الأوعية في المخ.

Herzinfarkt,  Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge),  Herzfehler,  Herzrhythmusstörungen,  Herzmuskel-/  Herzinnenhautentzündung,  Herzklappenerkrankung,  Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator),  hoher Blutdruck,  Schlaganfall,  Krampfadern,  Venenentzündung,  Gefäßbaussackung im Gehirn.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

10 اعتلال مسارات التنفس/الرئتين؟  
Erkrankung der Atemwege/Lungen?

ربو،  التهاب شعبي مزمن،  التهاب الرئة،  انتفاخ رئوي.  
 Asthma,  chronische Bronchitis,  Lungentzündung,  Lungenemphysem.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 11 هل تعاني من أمراض تورمات (السرطان)؟

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)?

إذا نعم، فأى نوع؟  
Wenn ja, an welcher?لا  نعم 

## هل تحصل أو سبق لك أن حصلت على علاج كيميائي؟

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie?

لا  نعم 

## 12 أمراض ناتجة عن تبادل المواد الكيميائية؟

Stoffwechsel-Erkrankungen?

الصفراء،  السكر (مرض السكري). Gicht,  Diabetes (Zuckerkrankheit).

أمراض أخرى: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 13 أمراض الغدة الدرقية؟

Schilddrüsenerkrankungen?

إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى أن تضع علامة على الإجابة المناسبة:  الإفراط الوظيفي،  
 تورمات صغيرة،  تضخم الغدة،  التهاب،  جراحة الغدة الدرقية،  سرطان الغدة الدرقية.  
Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:  Überfunktion,  Knoten,  Kropf,  Entzündung,  Schilddrüsenoperation,  Schilddrüsenkrebs.

أمراض أخرى: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 14 أمراض الكلى؟

Nierenerkrankungen?

اختلال وظائف الكلى (قصور في أداء الكلى)،  التهاب الكلى،  أمراض أخرى،  حصوات الكلى أو الحالب،  دم في البول،  أمراض الكبد؟  
 Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),  Nierenentzündung,  Nieren-OP,  Nieren-oder Harnleitersteine  Blut im Urin,  Plasmozytom.

أمراض أخرى: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 15 أمراض الكبد؟

Lebererkrankungen?

التهاب الكبد،

 Leberentzündung.

أمراض أخرى: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 16 أمراض المعدة والأمعاء؟

Magen-Darm-Erkrankungen?

أورام المعدة،  التهاب معوي مزمن (متلازمة موريوس كرون، التهاب القولون التقيحي)،  
 أورام الاثنا عشر،  دم في البراز.  
 Magengeschwür,  chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa),  Zwölffingerdarmgeschwür,  Blut im Stuhl.

أمراض أخرى: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 17 أمراض معدية أخرى؟

Infektionskrankheiten?

الالتهاب الكبدي،  السل،  ومرض نقص المناعة. Hepatitis,  Tuberkulose,  HIV.

أمراض أخرى: \_\_\_\_\_

لا  نعم 

## 18 أمراض حادة أو مزمنة غير مدرجة؟

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen?

يرجى أن تقدم وصفاً مختصراً لها:  
Bitte kurz beschreiben:

## أسئلة هامة بخصوص إجراء المداخلة في العيادات الخارجية

Wichtige Fragen für ambulante Eingriffe

من سيتولى مرافقتك فور خروجك من المشفى/العيادة؟  
Wer wird Sie abholen, sobald Sie aus Klinik/Praxis entlassen werden?

اسم المرافق وعمره:

Name und Lebensalter des Abholers:

من هو الطبيب الذي أقر الإحالة / طبيب العائلة / الطبيب الذي سيتولى  
رعايتك بعد المداخلة؟  
Wer ist Ihr überweisender Arzt/Hausarzt/weiter betreuender Arzt?أين ستواجد خلال الأربع والعشرين ساعة التي تعقب المداخلة الجراحية؟  
Wo sind Sie in den nächsten 24 Stunden nach dem Eingriff erreichbar?رقم الهاتف:  
Telefonnummer:اسم الطبيب:  
Name:البلدة،  
PLZ, Ortالشارع، رقم المنزل:  
Straße, Hausnummer:البلدة،  
PLZ, Ortالشارع، رقم المنزل:  
Straße, Hausnummer:اسم وعمر الشخص الذي سوف  
تولى رعايتك:  
Name und Lebensalter der Aufsichtsperson:رقم الهاتف:  
Telefonnummer:

فيما يلي أقر برفضى لطريقة التنظير المحوسب الموصى بها  
Hiermit lehne ich die vorgeschlagene CT-Untersuchung ab.

صحيح أنى أرفض طريقة التنظير المحوسب الموصى بها، إلا أنني  
أريد معرفة المزيد عن البدائل المحتملة.  
Ich lehne zwar die vorgeschlagene CT-Untersuchung ab, jedoch möchte ich mehr über die möglichen Alternativen erfahren.

[Ort, Datum, Uhrzeit] الوقت، التاريخ، المكان

توقيع المريضة / المريض / مسئول التربية\* / مسئول الرعاية / الوصي / الشاهد إذا لزم الأمر  
Unterschrift Patientin / Patient / Erziehungsberechtigte\* / Betreuer / Vormund / ggf. des Zeugen

## نفهم الشرح وموافقة المريض

Erklärung und Einwilligung des Patienten

يرجى أن تضع علامة على موافقتك في المربع الصغير المعني، وتصدق على ذلك بتوقيعك:

Bitte kreuzen Sie Ihre Erklärung im zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift:

فيما يلي تأكيد مني على أنني قد فهمت كل محتويات الشرح للمريض.  
استمارة الشرح هذه (5 صفحات) قرأتها بالكامل. في المحادثة التوضيحية التي أجريت مع السيدة/السيد

تم إطلاعي بشكل شامل على مسار طريقة التنظير المحوسب الموصى بها ومخاطرها ومضاعفاتها وآثارها الجانبية في حالتى الخاصة وبمزايا ومساوئ الطرق البديلة الأخرى.  
Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe. Diesen Aufklärungsbogen (5 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit Frau/Herrn Dr. wurde ich über den Ablauf der geplanten CT-Untersuchung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall und über die Vor- und Nachteile der Alternativmethoden umfassend informiert.

لقد شاهدت وفهمت الفيلم المعلوماتي الخاص بطريقة الفحص المخطط تنفيذها معي.  
Den Informationsfilm über die bei mir geplante Betäubung habe ich gesehen und verstanden.

أنا متنازل بوعي وإدراك عن الإيضاح المسهب. فيما يلي تأكيد مني على أن الطبيب المعالج أبلغني تفصيلياً بضرورة طريقة التنظير المحوسب ونوعه وأهميته ونطاقه والمخاطر الخاصة والمضاعفات المحتملة وطبيعة الحالة التي تتطلب كل الإجراءات الطبية.  
Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung. Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von dem behandelnden Arzt über die Erforderlichkeit des Eingriffes, dessen Art und Umfang sowie über den Umstand, dass alle Betäubungsverfahren Risiken bergen, informiert wurde. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

أؤكد على أنه ليس لدي أية أسئلة أخرى وعلى أنني لست بحاجة إلى مزيد من الوقت للتفكير. أوافق على إجراء الفحص بطريقة التنظير المحوسب المقترحة. لقد أجبت على الأسئلة المتعلقة بتاريخى المرضى بشكل كامل وفقاً لأفضل المعارف المتوفرة لدي.

Ich versichere, dass ich keine weiteren Fragen habe und keine zusätzliche Bedenkzeit benötige. Ich stimme der vorgeschlagenen CT-Untersuchung zu. Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

أؤكد على قدرتي على اتباع الإرشادات السلوكية الطبية.  
Ich versichere, dass ich in der Lage bin, die ärztlichen Verhaltenshinweise zu befolgen.

أنا موافق على أن يتم استخدام نتائج الفحوصات مجهولة الهوية الخاصة بي في إجراء المزيد من التقييمات العلمية.  
Ich bin damit einverstanden, dass meine anonymisierten Untersuchungsergebnisse zur wissenschaftlichen Verwertung verwendet werden.

أنا موافق على أن يتم إرسال نسختى من استمارة الإقرار هذه على عنوان البريد الإلكتروني التالي:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

(E-Mail-Adresse) عنوان البريد الإلكتروني

[Ort, Datum, Uhrzeit] الوقت، التاريخ، المكان

توقيع المريضة / المريض / مسئول التربية\* / مسئول الرعاية / الوصي

Unterschrift Patientin / Patient / Erziehungsberechtigte\* / Betreuer / Vormund

Kopie: نسخة

الحصول عليها  التنازل عنها  
erhalten: verzichtet:

توقيع المريضة / المريض / مسئول التربية\* / مسئول الرعاية / الوصي

Unterschrift Patientin / Patient / Erziehungsberechtigte\* / Betreuer / Vormund

## وثائق طبية متعلقة بمناقشة ما قبل العملية

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

يقوم بملئها الطبيب  
Wird vom Arzt ausgefüllt

لقد قمت أثناء المحادثة التوضيحية بشرح الموضوعات التالية للمريض بشكل أكثر تفصيلاً (مثلاً المضاعفات المحتملة التي يمكن أن تنتج عن المخاطر الممكن حدوثها والآثار الجانبية الخاصة لمواد التباين والأدوية التي يتم تناولها، بالإضافة إلى تقديم المزيد من المعلومات بشأن الطرق البديلة والتبعات المحتملة إذا ما تم تأجيل الفحص أو رفضه):

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, spezielle Nebenwirkungen der verabreichten Kontrastmittel, nähere Informationen zu den Alternativ-Methoden, mögliche Konsequenzen, wenn die Untersuchung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten im Gespräch näher aufgeklärt:

## لقد قمت باقتراح:

Vorgeschlagen habe ich:

فحص: Die Untersuchung von:

بدون مادة تباين

بمادة تباين

فموية oral  عبر الوريد intravenös

أخرى: Sonstiges:

قيمة الكرياتينين الحالية: aktueller Kreatinin-Wert:

GFR: aktueller GFR-Wert:

قيم TSH الحالية: TSH aktuelle Wert: fT4\_\_\_\_\_ fT3\_\_\_\_\_ TSH

## إرشادات خاصة بالتغذية:

بدون أكل بدءاً من الساعة \_\_\_\_\_ في اليوم السابق للفحص

keine Nahrung ab \_\_\_\_\_ Uhr am Vortag der Untersuchung

بدون أكل بدءاً من الساعة \_\_\_\_\_ في يوم الفحص

keine Nahrung ab \_\_\_\_\_ Uhr am Tag der Untersuchung

## القدرة على إصدار الموافقة الذاتية:

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

المريضة/ المريض لديه القدرة على اتخاذ قراره الذاتي بشأن تحديد اختيار طريقة التنظير المحوسب الموصى بها وموافقته في طريقة المختارة.

Der/Die Patient/in besitzt die Fähigkeit, eine eigenständige Entscheidung über die empfohlene CT-Untersuchung zu treffen und seine/ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.

المريضة/ المريض يتوب عنه ولي الأمر أو الوصي على أن تكون معه شهادة تثبت أحقية الرعاية. هذا الشخص يمكنه اتخاذ القرار من منظور المريض.

Der/Die Patient/in wird von einem Betreuer bzw. Vormund mit einer Betreuungsurkunde vertreten. Dieser ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

[Ort, Datum, Uhrzeit] الوقت، التاريخ، المكان

[Unterschrift der Ärztin / des Arztes] توقيع الطبيبة/ الطبيب

## قرار المريض بالرفض

Ablehnung des Patienten

السيدة/ السيد الدكتور \_\_\_\_\_ قدم لي شرحاً وافياً عن طريقة الفحص بالتنظير المحوسب الموصى بها وأوضح لي الأضرار المحتملة التي يمكن أن تنشأ عن رفضي. ولقد فهمت الشرح المتعلق بهذا الشأن وقد تمكنت من مناقشة معارفي بخصوص المعلومات المبلغة لي مع الطبيب.

Frau/Herr Dr. hat mich umfassend über die vorgeschlagene CT-Untersuchung und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die diesbezügliche Aufklärung verstanden und konnte meine Erkenntnisse über die mir erteilten Informationen mit dem Arzt diskutieren.