

**أ. المترجم / الإحتياجات الثقافية**

- مطلوب خدمة مترجم؟  
إذا كان الجواب نعم، هل يوجد مترجم شفوي مؤهل؟  
نعم  لا   
نعم  لا   
رفض

**ب. الحالة والعلاج**

أوضح الطبيب أن لديك الحالة التالية: (يجب على الطبيب التوثيق بكلمات المريض نفسه)

في علاج هذه الحالة، أوصى فريق زرع الأعضاء بزراعة الكلى. ويرجع ذلك إلى أن معظم المرضى (ولكن ليس جميعهم) الذين يعانون من حثلي الصحية سيحصلون على نوعية حياة أفضل ونسبة البقاء على قيد الحياة أفضل مع عملية زرع الكلى أكثر من العلاج بغسيل الكلى. وأقر أنه في حين يتم بذل كل جهد ممكن للحصول على كلى تعمل بشكل جيد، فمن غير الممكن ضمان جودة الكلى المزروعة.

**ج. متطلبات المتلقي**

- أفهم أنني بحاجة إلى:
- حضور ندوة تثقيفية حول زراعة الأعضاء وأقر بأنني تلقيت معلومات مكتوبة حول زراعة الكلى.
  - الحضور للتقييم من قبل أخصائي الكلى وجراح الزرع للتأكد من أنني أتمتع باللياقة البدنية وبصحة جيدة بما يكفي للخضوع لعملية زرع الكلى. وقد ينطوي هذا على الإحالة للإختبارات ومزيد من الإستشارات الطبية
  - حضور إعادة التقييم بشكل منتظم وقد أحتاج إلى إجراء المزيد من الإختبارات أثناء وجودي على قائمة الإنتظار.
  - توفير عينات دم بشكل منتظم لطباعة الأنسجة للبقاء على قائمة الإنتظار للزرع.
  - إمكانية الاتصال بي في جميع الأوقات حيث أنه من غير الممكن معرفة متى تتوفر الكلى.
  - تناول الأدوية المضادة للرفض بانتظام بعد الزرع لمنع الرفض والفشل الكلوي.
  - حضور العيادة كل يوم لعدة أسابيع بعد عملية الزرع. بمرور الوقت، ستكون هذه الزيارات أقل تكراراً. سيتم تحديد وتيرة الزيارات حسب صحتي وصحة الكلى المزروعة.
  - القيام بعمل ترتيبات مع عائلتي وأصدقائي لإحضاري إلى العيادة لإجراء الفحوصات حيث لن أستطيع القيادة لعدة أسابيع بعد عملية الزرع. سأبلغ فريق الزرع إذا كنت بحاجة إلى

**د. مخاطر زراعة الكلى**

تنطوي زراعة الكلى على مخاطر عامة تتعلق بالتخدير والعملية والمخاطر الأكثر تحديداً المرتبطة بالكلية المزروعة والأدوية المضادة للرفض. أفهم معنى المخاطر الموجودة في هذه القائمة والتي اعرفها بشكل جيد وأوافق أنه قد تكون هناك مخاطر نادرة أو غير متوقعة أخرى غير مدرجة.  
(يجب على الطبيب شطب أية تصريحات على هذه الموافقة لا تتعلق بعملية هذا المريض والتوقيع عليها بالحرف الأول من إسمه ولقبه)

**المخاطر حول وقت العملية:**

- سيتم توفير نموذج موافقة ومعلومات منفصلة للمخاطر المرتبطة بالتخدير العام وعملية الزرع.
- قد تكون وظيفة الكلى المزروعة ضعيفة أو متأخرة. إذا حدث هذا، قد تكون هناك حاجة لغسيل الكلى وإقامة أطول في المستشفى.
- سيحتاج بعض المرضى إلى مزيد من العمليات بعد الزرع بسبب مشاكل في تدفق الدم إلى الكلى أو تصريف البول إلى المثانة، أو تجمع الدم أو السوائل حول الكلى أو مسألة أخرى.
- قد يحدث تخثر أو نزيف يشمل الأوعية الدموية للكلى المزروعة. هذا يمكن أن يؤدي إلى الفشل الكلوي والحاجة إلى إزالة الكلى.
- قد يؤدي توصيل أنبوب الكلى (الحالب) بالمثانة إلى تسرب البول أو الإنسداد أو النزيف.
- خلال عملية زرع الأعضاء يمكن إدخال أنبوب (إستنت) في الحالب بين الكلى المزروعة والمثانة. يحتاج هذا إلى إزالته في إجراء منفصل في الأسابيع الأولى بعد عملية الزرع.
- لدى بعض الأشخاص، قد يكون إلتئام الجروح بطيئاً أو تُصاب بالتهاب أو ينتج عنه ندبة مؤلمة. يعاني بعض الناس من خدر في الفخذ، أو ألم عصبي أو ضعف بعد الجراحة.
- قد تحدث إلتهابات في البول بعد الزرع.
- من الممارسات الإعتيادية أن يقوم الجراحون بأخذ خزعة من الكلى خلال عملية زراعة الأعضاء.
- يتم إخراج معظم المرضى من المستشفى بعد أسبوع واحد، ولكن البعض يبقى أطول بسبب المضاعفات.

**المخاطر الناجمة عن الأدوية المثبطة للمناعة (الأدوية المضادة للرفض):**

- الأدوية المضادة للرفض:
- تحدّ من نظام المناعة الوقائي، وتزيد خطر العدوى بالكائنات الحية الشائعة ولكن غير العادية أيضاً. يمكن أن تكون الإلتهابات خطيرة، وتضر بالكلية المزروعة أو تهدد الحياة.
  - تحدّ من نظام المناعة الوقائي وتزيد من خطر الإصابة بالسرطان. سرطانات الجلد هي أكثر أنواع السرطان شيوعاً ولكن تزداد أيضاً فرص الإصابة بأنواع أخرى من السرطان. وقد يشمل علاج السرطان إيقاف الأدوية المضادة للرفض مع إحتمال فقدان العضو المزروع.
  - ويواجه مرضى السرطان الذين يتناولون الأدوية المضادة للرفض صعوبة أكثر في علاجه.
  - تزيد من خطر الإصابة بمرض السكري الذي قد يحتاج إلى علاج بواسطة حقن الأنسولين أو الحبوب.



الموافقة على الإدراج على قائمة الإنتظار  
لزرع الكلى - البالغين

على أساس البيانات المذكورة أعلاه،

أطلب الخضوع للعملية

إسم المريض: .....

التوقيع: .....

التاريخ: .....

هل يمكن لمريضك البالغ إعطاء الموافقة؟

هل يمتلك مريضك القدرة على الموافقة؟

نعم. المريض سيعطي الموافقة

لا. هل هناك توجيه إرشادي ملائم؟

نعم. الموافقة حسب التوجيه (مرفق نسخة من التوجيه)

أعطيت الموافقة  
رُفضت الموافقة

لا. يجب الحصول على الموافقة من صانع قرار المعالجة الطبية  
(MTDM)

إسم MTDM: .....

التوقيع: .....

العلاقة بالمريض: .....

التاريخ: .....

في حالة وجود أي مخاوف أو عدم وجود MTDM، يرجى الرجوع إلى إجراء الموافقة المحلي أو الاتصال بمكتب المحامي العام على الرقم 1300 309 337 للحصول على مزيد من المعلومات.

ح. بيان الأطباء

لقد أوضحت للمريض جميع النقاط المذكورة أعلاه في قسم موافقة المريض (ز) وأنا اعتقد بأن المريض/ صانع القرار البديل قد فهم هذه المعلومات.

إسم الطبيب/المندوب: .....

الشخص المعين: .....

التوقيع: .....

التاريخ: .....

H. Doctors Statement

I have explained to the patient all the above points under the Patient Consent section (G) and I am of the opinion that the patient/substitute decision-maker has understood the information.

Name of Doctor/delegate: .....

Designation: .....

Signature: .....

Date: .....

ط. بيان المترجم

لقد قدمت تفسيراً في

.....  
(أذكر لغة المريض هنا) من نموذج الموافقة وساعدت في ترجمة أي معلومات شفوية وخطية تم تقديمها إلى المريض/والدين أو الوصي/صانع القرار البديل من قبل الطبيب.

إسم المترجم: .....

التوقيع: .....

رقم الايصال (الترجمة عبر الهاتف أو الفيديو):

.....

التاريخ: .....