

العلاج التداخلي للألم

وثيقة الموافقة المستنيرة

رقم المراجعة / التاريخ: 2026 v09 / 10.07.2026

رقم النموذج: AOF-008

رقم بروتوكول المريض	التاريخ	
رقم الهوية التركية / جواز السفر	تاريخ الميلاد	
اسم المريض الكامل	الجنس	
التشخيص		

نموذج الموافقة المستنيرة

رقم النموذج: AOF-008 رقم المراجعة / التاريخ: 2026 v09 / 10.07.2026

1. عزيزي المريض / عزيزتي المريضة،

إن الاطلاع على حالتكم الطبية وعلى جميع إجراءات العلاج الطبي / الجراحي والإجراءات التشخيصية المقترحة عليكم لعلاج مرضكم هو أبسط حقوقكم الطبيعية. وبعد الاطلاع على فوائد العلاجات الطبية والتدخلات الجراحية ومخاطرها المحتملة، فإن الموافقة على الإجراء الذي سيُجرى أو عدم الموافقة عليه يبقى قراراً يعود إليكم وحدكم. إن الغرض من هذا الشرح ليس تخويفكم أو إثارة قلقكم، بل إشراككم بشكل أكثر وعياً في القرارات التي ستتخذ بشأن صحتكم. ويمكن، إذا رغبت في ذلك، تسليم جميع المعلومات والوثائق المتعلقة بصحتكم إليكم أو إلى قريب لكم ترونه مناسباً. ورغم أن هذا النموذج قد صُمم بحيث يلبي احتياجات معظم المرضى في معظم الظروف، فلا ينبغي اعتباره وثيقة تتضمن مخاطر جميع أشكال العلاج. وبحسب حالتكم الصحية الشخصية، قد يقدم لكم طبيبك معلومات مختلفة أو إضافية. وبعد الاطلاع على فوائد التشخيص والعلاج الطبي والتدخلات الجراحية ومخاطرها المحتملة، فإن قبول الإجراءات التي ستُطبق أو عدم قبولها يعود إلى قراركم الشخصي. ويمكنكم، فيما عدا الحالات التي تقتضيها الضرورة القانونية أو الطبية، رفض تلقي المعلومات أو سحب موافقتكم في أي وقت شئتم. وقد أعد هذا النموذج بهدف إعلامكم بمخاطر العملية الجراحية وبطرق العلاج البديلة. يُرجى قراءة هذا النموذج كاملاً وبغناية، وعدم توقيع نموذج الموافقة هذا إلا بعد قراءته وبعد أن يزيل الطبيب جميع ما لديكم من تساؤلات وشكوك بشأن الإجراء المعني.

2. معلومات عامة عن المرض والعلاج

حقن المفصل الوجيهي: هو إجراء يتم فيه حقن ستيرويد مستودعي (طويل المفعول) ومخدر موضعي داخل المفاصل الوجيهية وحولها — وهي المفاصل التي تصل الفقرات بعضها ببعض في الجانب الخلفي من العمود الفقري — بهدف إزالة / تخفيف الآلام الناشئة عن هذه المفاصل. يُجرى الإجراء في ظروف معقمة مع تصوير المفاصل الوجيهية بواسطة جهاز التنظير التآلقي ذي الذراع C أو بالتصوير بالموجات فوق الصوتية. ويمكن، في الحالات التي يراها طبيبك ضرورية، تطبيقه بالتزامن مع حقن الستيرويد فوق الجافية. حقن الستيرويد فوق الجافية هو تطبيق علاجي تداخلي غير جراحي للألم يُستخدم لإزالة الآلام التي تنشأ في مناطق الرقبة والذراع وأسفل الظهر والساق نتيجة انضغاط الأعصاب وتهيجها. ويُستخدم للسيطرة على الألم في حالات مثل الانزلاقات الغضروفية (فتق القرص القطني-الرقبي) وانزلاق القرص وضيق القناة الشوكية. وبواسطة الحقن فوق الجافية يُعطى، عبر الحيز فوق الجافية، حول العصب الشوكي المتضرر خليط دوائي يحتوي على ستيرويد مستودعي طويل المفعول، وكذلك على مخدر موضعي لتوفير الراحة في المرحلة المبكرة ولمنع النشاط الانعكاسي اللاحق. ورغم أن تأثير إعطاء الستيرويد فوق الجافية يختلف من مريض إلى آخر، فإن الهدف من الحقن هو، عن طريق تخفيف الألم أو إزالته، تمكين المريض من العودة إلى حياته الطبيعية والمشاركة بارتياح، عند اللزوم، في برنامج العلاج الطبيعي والتمارين. ما هو حقن الستيرويد فوق الجافية؟ يحتوي الحقن على ستيرويد مستودعي طويل المفعول وعامل تخدير موضعي. يصل الدواء عبر الحيز فوق الجافية إلى العصب الشوكي المنضغط أو المتأثر، فيزيل الألم عن طريق تقليل الالتهاب والوذمة في تلك المنطقة وإزالة الضغط والتهيج الواقعين على العصب. يُجرى التدخل في ظروف معقمة وتحت التخدير الموضعي.

تقنيات التطبيق: (1) التقنية بين الصفيحتين (Interlaminar): يتم الدخول من منتصف العمود الفقري ويُحقن الدواء في الحيز فوق الجافية؛ وينتشر الدواء بحرية حول الأعصاب. (2) التقنية عبر الثقبة (Transforaminal): يُحقن الدواء حول العصب المتأثر عبر إدخال إبرة من الثقبة التي يخرج منها العصب الشوكي المُشكّل من العمود الفقري؛ وهو تدخل موجه نحو العصب المستهدف للعلاج، ويُجرى تحت التصوير الإشعاعي المستمر مع التحكم بجهاز التنظير التآلقي ذي الذراع C.

ما ينبغي فعله قبل التدخل: إذا كنتم مصابين بنزلة برد (إنفلونزا) أو التهاب جيوب أنفية أو عدوى مماثلة بدأت في يوم التدخل أو قبله، أو إذا كانت لديكم حرارة مرتفعة ولو كان سببها غير محدد، فأبلغوا طبيبك بذلك حتمًا قبل التدخل. يجب إيقاف الأدوية المميعة للدم مثل الأسبرين والكوراسبين والأدوية المحتوية على الجكنة بيلوبا قبل 10 أيام. كذلك يجب إيقاف الأدوية المضادة للتخثر المستخدمة في حالات خاصة (الكومادين، بلافيكس، وغيرها) قبل أسبوع واحد على الأقل، وذلك بعد التشاور مع الطبيب الذي وصف لكم هذه الأدوية والحصول على موافقته. إذا كان لديكم دواء للقلب أو السكري أو الضغط يجب أن تتناولوه باستمرار، فاستشيروا طبيبك واسألوه كيف ينبغي أن تتناولوا الأدوية. أحضروا معكم يوم التدخل أحدث فحوصات التصوير المتوفرة لديكم (رنين مغناطيسي – تخطيط كهربية العضل EMG – تصوير مقطعي). واحرصوا حتمًا على القدوم برفقة مرافق يمكنه مرافقتكم، ولا تأتوا وحكم.

من لا يُجرى لهم التدخل: لا يُجرى التدخل للمرضى الذين لديهم عدوى نشطة في فترة التدخل؛ أو الحوامل أو المحتمل أن يكنّ حوامل؛ أو المصابين باضطراب في النزف والتخثر؛ أو الذين لديهم عدوى في منطقة التدخل؛ والذين لا يقبلون إجراء التدخل.

3. بدائل العملية الجراحية إن وُجدت

لقد قُيِّمت الخيارات التالية بوصفها بدائل عن العملية الجراحية: • تحمل جميع المخاطر وعدم إجراء العلاج أو الحقن الموصى به. • محاولة إزالة الألم أو التشنج العضلي عن طريق العلاج الدوائي. • محاولة إزالة الشكاوى بوسائل العلاج الطبيعي. • محاولة إزالة الشكاوى بطرق علاج طب الألم (الألمولوجيا). • خيارات علاجية أخرى محتملة... وقد قُيِّمت أيضًا طرق العلاج الأخرى التي شرحها لي طبيبي. كما شرح لي طبيبي مزايا هذه الطرق البديلة وعيوبها.

4. الفوائد المتوقعة من العملية الجراحية

يُتوقع انخفاض آلام المريض بعد الإجراء.

5. المدة التقديرية للعملية الجراحية

قد تختلف مدة الإجراء الذي سيجري بحسب المرض وحالة المريض، وهي في المتوسط - ساعة. كما أن الإجراءات التي سيقوم بها أطباء التخدير قبل العملية وبعدها غير مشمولة في هذه المدة. وقد يستغرق الإجراء وقتًا أطول من المدة المذكورة بحسب حالة الحالة المرضية. وسيقدم لكم طبيبك معلومات مفصلة عند انتهاء الإجراء.

6. مخاطر العملية الجراحية ومضاعفاتها

إلى جانب فوائد الإجراء الجراحي الذي سيجري، توجد أيضًا مخاطر قد تنشأ عنه. لدى مرضى السكري قد يُلاحظ اضطراب في انتظام سكر الدم لمدة 1-2 أسبوع، وقد تلزم أدوية إضافية في حالات نادرة.

من بين المرضى الذين يخضعون لحقن الستيرويد فوق الجافية، ووفقًا للمراجع الطبية، يوجد احتمال لحدوث عدوى بمعدل حالة واحدة بين كل 40-60 ألف مريض؛ غير أن إجراء التدخل في غرفة العمليات في ظروف معقمة تعقيمًا مطلقًا، ومع التدابير الإضافية المتخذة، يخفض هذا الاحتمال إلى أدنى مستوى ممكن.

في حالات نادرة جدًا قد يحدث صداع مؤقت. كما أن إصابة العصب حالة نادرة الحدوث جدًا.

قد يحدث احتباس للسوائل في الجسم بسبب الستيرويد المستخدم. ويمكن الوقاية من هذه الحالة باتباع نظام غذائي خالٍ من الملح قدر الإمكان خلال الأسبوع الأول.

ومع أن كل ما سبق معلومات واردة في كتب الطب والمراجع الطبية، فإن جميع الاحتياطات اللازمة تُتخذ لسلامة التدخل، وتُخفّض جميع المخاطر المذكورة إلى الحد الأدنى. ورغم قلة مخاطر هذا التدخل ومضاعفاته، فقد تحدث مضاعفات خاصة مرتبطة بموضع الإبرة وبالحقن. لقد فهمت جميع المخاطر المذكورة أعلاه التي قد تحدث أثناء الإجراء الجراحي الذي سيجري لي وبعده، وأنا أقبلها.

7. العواقب المترتبة على عدم إجراء العملية الجراحية

قد لا تتحسن شكاوى المريض وحالته السريرية الراهنة، وقد يحدث تدهور نحو الأسوأ.

8. الخصائص المهمة للأدوية التي ستستخدم

في حال وجود حساسية دوائية محددة لديكم مسبقًا، يجب عليكم بالضرورة إبلاغ طبيبك وممرضكم/ممرضتكم بذلك. لقد أبلغت طبيبي بجميع أنواع الحساسية المعروفة لدي. كما أبلغت طبيبي بالأدوية التي استخدمتها بوصفة طبية، والأدوية التي تُباع دون وصفة، والأدوية العشبية، والمكملات الغذائية، والمواد المخدرة غير المشروعة، والكحول، والمواد المنومة/المخدرة. وقد شرح لي طبيبي آثار استخدام هذه المواد قبل الإجراء وبعده وقدم لي التوصيات اللازمة. وخلال فترة وجودي في المستشفى، تُلقيت معلومات عن الخصائص المهمة للأدوية التي ستستخدم للتشخيص والعلاج (الغرض من استخدامها، وفوائدها، وآثارها الجانبية، وكيفية استخدامها).

9. توصيات نمط الحياة الحرجة لصحة المريض

التبغ ومنتجات التبغ: شُرح لي أن تدخين التبغ ومنتجات التبغ (السجائر، الأركيلة/الشيشة، السيجار، الغليون، وغيرها) قبل عمليتي أو بعدها قد يؤدي إلى إطالة فترة تعافِي. لدى المرضى المدخنين تكون مخاطر التخدير أكبر، وتُشاهد الوفاة بسبب التخدير بمعدل أكثر تكرارًا. إذا كنتم تدخنون، فعليكم أن تعلموا أن نسبة نجاح علاجكم/عمليتكم ستكون أدنى من متوسط النجاح العام.

التزموا بتوصيات طبيبك (التمارين، البرنامج الغذائي، وما إلى ذلك)، ولا تهملوا، إن طُلب منكم ذلك، مراجعة العيادة الخارجية في الموعد المحدد لكم.

لقد تلقيتُ معلومات عما يجب عليّ فعله فيما يخص نمط حياتي بعد علاجي/عمليتي (النظام الغذائي، الاستحمام، استخدام الأدوية، وضع الحركة و/أو القيود المفروضة عليها).

10. القسم الخاص بالمريض

ندوّن الحالات الشخصية الخاصة بالمريض في نهاية النموذج تحت **القسم 14 — التوقعات**.

11. كيفية الحصول على المساعدة الطبية في الموضوع نفسه عند الحاجة

إن رفض تطبيق العلاج/العملية الجراحية قرار تتخذونه بإرادتكم الحرة. وإذا غيّرتم رأيكم، يمكنكم التقدم شخصيًا من جديد إلى مستشفىنا / إلى المستشفيات القادرة على تطبيق العلاج/العملية الجراحية المعنية.

لقد تلقيتُ معلومات عن كيفية الوصول عند الحاجة إلى المساعدة الطبية في الموضوع نفسه (طبيبي الخاص، أو طبيب آخر، أو العيادة التي تلقيتُ العلاج فيها، وفي الحالات الطارئة رقم الطوارئ 112).

12. الأدونات

أفوض رئيس الفريق الجراحي، الطبيب الاختصاصي المسؤول **Dr. Özgür Akşan**، وفريقه بإجراء عمليتي الجراحية.

أفهم أن هذا التدخل يهدف إلى إزالة شكاواي وأنه يُجرى بنية الحفاظ على وظيفة الجهاز العصبي أو تحسينها. وأؤكد أن طبيبي قد شرح لي جميع المعلومات الواردة أعلاه، وأنني فهمت هذه المعلومات، وأن جميع أسئلتي المتعلقة بهذا التدخل قد أُجيب عنها. ولذلك أُمْنَح موافقتي على **العلاج التداخلي للألم — حقن المفاصل الوجيهية / الحقن عبر الثقبة / الحقن فوق الجافية** وعلى جميع التدخلات الجراحية والعلاجية الإضافية المختلفة أو التكميلية التي يراها طبيبي ضرورية.

استخدام الأنسجة: يجوز استخدام أي نسيج لا يلزم للتشخيص الطبي في البحث الطبي ضمن إطار القواعد الأخلاقية. وأوافق على استخدام أي نسيج أو جهاز طبي أو أجزاء من الجسم قد تكون أزيلت أثناء الإجراء الجراحي.

البحث الطبي: أوافق على مراجعة المعلومات السريّة الواردة في سجلاتي الطبية من أجل تطوير الدراسة الطبية والبحث الطبي وتعليم الأطباء، شريطة الالتزام بقواعد السرية.

التصوير/الحضور: أوافق على تصوير العملية الجراحية التي سَجرى فوتوغرافيًا أو تسجيلها بالفيديو لأغراض علمية أو طبية أو تعليمية، شريطة ألا تكشف الصور عن هويتي.

13. التحقق من الموافقة

أعرف طرق العلاج البديلة ومخاطرها.

أعرف مخاطر التدخل وآثاره الجانبية.

أعرف احتمال النجاح والفشل.

أعرف ما قد يحدث إذا لم أتلّق العلاج.

أفهم أن الإجراء الذي سَجرى قد لا يحمل ضمانًا بالشفاء.

فهمتُ كل ما قيل لي.

أجاب طبيبي عن جميع أسئلتي.

شرح لي طبيبي كل ما هو مكتوب هنا بنّداً بنّداً بأسلوب واضح ومفهوم وشارح وبطريقة أستطيع استيعابها.

أعرف معنى نموذج الموافقة المستنيرة.

أبلغتُ بالتكلفة التقريبية للعلاج.

أخذتُ قراري بإرادتي الحرة.

كان لدي قبل التدخل، وبمدة معقولة، وقت كافٍ للحصول على رأي طبي ثاني.

قرأتُ محتوى نموذج الموافقة المستنيرة وفهمته.

ملّنتُ جميع الفراغات في هذا النموذج قبل توقيع عليّ عليه، وتسلمتُ نسخة منه.

التوقعات

أ) الحالة الخاصة بالمريض

يكتب المريض بخط يده حالاته الخاصة (الحساسية، الأدوية المستخدمة، العمليات السابقة وغيرها). وإن لم توجد، يكفي أن يكتب «لا يوجد».

ب) الإقرار بخط اليد

يكتب المريض الجملة التالية بخط يده:

«لقد قرأت هذا النموذج بعناية، وتم إعلامي بشأن العلاج التداخلي للألم، وتمت الإجابة عن أسئلتي، وأوافق على هذا الإجراء بمحض إرادتي.»

ج) التوقيعات

الاسم الكامل	التوقيع	التاريخ / الساعة
المريض		
الممثل القانوني للمريض / أحد أقاربه (صلة القرابة:		
رئيس الفريق الجراحي، الطبيب الأخصائي المسؤول	Dr. Özgür Akşan	