

رضایت برای جراحی یا سایر درمان‌های دارای رویه تهاجمی

CONSENT FOR SURGERY OR OTHER INVASIVE PROCEDURAL TREATMENT (FARSI)

1. عمل: اینجانب _____ [نام بیمار]، موافقت خود را با این عمل (های) پزشکی اعلام می‌کنم:
PROCEDURE: I _____ [Patient's name], give consent to the following procedure(s):

پزشک یا پزشک بالینی حرفه‌ای (advanced practice clinician، به اختصار APC) من آنچه را در طول عمل اتفاق می‌افتد به من گفته است. می‌دانم که ممکن است به داروی آرامبخش یا بیهوشی نیاز داشته باشم. من از حقوق و مسئولیت‌هایی که برای تصمیم‌گیری درباره شیوه مراقبتم دارم آگاه هستم. آموزش‌های دیگری در خصوص شیوه‌های مراقبتی و درمانی خود دریافت کرده‌ام. من برای تصمیم‌گیری آزاد هستم.
My doctor or advanced practice clinician (APC) told me what will happen during my procedure. I know that I may need sedation or be put asleep. I understand my rights and responsibilities to make decisions about my care. I have received other teaching about my care and treatment. I am making my decision of my own free will.

2. آزمایشات حساس: _____ (حروف اول نام بیمار باید ارائه شود) من با اجرای آزمایش‌ها یا عمل‌های حساسی که فقط برای اهداف آموزشی هستند و از نظر پزشکی برای مراقبت من مورد نیاز نیستند موافقت می‌کنم. پزشک یا پزشک بالینی (APC) من درباره این آزمایش‌ها یا عمل‌های نوشته‌شده در بالا با من صحبت کرده است.
SENSITIVE EXAMS: _____ (Patient initials required) I consent to sensitive exams or procedures that are ONLY for teaching or training purposes and not medically needed for my care. My doctor or advanced practice clinician (APC) has discussed these exams or procedures with me as written above.

3. RISKS خطرات: پزشک یا APC من خطرات این عمل را برای من توضیح داده است. در صورت بروز این خطرات، ممکن است به روش مراقبتی/درمانی دیگری نیاز پیدا کنم. متوجه هستم که هر روشی با خطرات معمول خود همراه است. این خطرات می‌تواند شامل، اما نه محدود به، این موارد باشد: سکنه مغزی، نقص دستگاه، عفونت، آسیب عصبی، لخته شدن خون، حمله قلبی، واکنش‌های آلرژیک، نارسایی تنفسی، نارسایی کلیه، خونریزی، و ازدست دادن مقدار زیادی خون. این خطرات می‌تواند جدی و کشنده باشد. متوجه این خطرات هستم و آن‌ها را می‌پذیرم. پیش از شروع عمل، خطرات و عوارض جانبی استفاده از داروی آرامبخش به من اطلاع داده می‌شود. ممکن است پیش از شروع عمل از من خواسته شود فرم اعلام رضایت برای بیهوشی یا دریافت آرامبخش را امضا کنم.

RISKS: My doctor or APC explained the risks of this procedure. If these risks happen, I may need other care/treatment. I understand there are common risks with any procedure. These risks may include but are not limited to: stroke, device failure, infection, nerve damage, blood clots, heart attack, allergic reactions, breathing failure, kidney failure, bleeding, and severe blood loss. These risks can be serious and may be fatal. I understand and accept these risks. Before my procedure, I will be told of the risks and side effects of sedation. I may be asked to sign a consent for anesthesia or sedation before my procedure.

4. روش‌های جایگزین: پزشک یا APC من درباره دیگر گزینه‌های درمانی با من صحبت کرده است. به من اطلاع داده شده است که در صورت عدم انجام این عمل خاص چه اتفاقی برای من خواهد افتاد. با علم به این موضوع، من با عمل ذکر شده در بالا موافقت می‌کنم.

ALTERNATIVES: My doctor or APC discussed with me other treatment options. They informed me what may happen if I do not have the procedure. Knowing this, I consent to the procedure listed above.

5. مزایا: پزشک یا APC من درباره مزایایی که ممکن است از این عمل دریافت کنم با من صحبت کرده است. آگاه هستم که نتایج تضمین‌شده نیستند و هر بیمار متفاوت است.

BENEFITS: My doctor or APC told me of the benefits I may get from this procedure. I understand that results are not guaranteed and that each patient is different.

6. تیم مراقبتی: من به پزشک یا APC خود _____ [نام پزشک/APC] اجازه می‌دهم این عمل را برای من اجرا کند. می‌دانم که یک تیم مراقبتی شامل پزشک یا APC بیهوشی، پرستاران، تکنسین‌ها، کارشناسان دستگاه‌های پزشکی، و تیم جراحی، پزشک من را در این عمل همراهی خواهند کرد. تیم جراحی ممکن است متشکل از جراحان، APCها، رزیدنت‌ها، فلوشیپ‌ها، دانشجویان پزشکی یا دانشجویان دیگر، و افراد دیگر باشد. رضایت می‌دهم که اعضای این تیم بخش‌های مربوطه از عمل یا آزمایشات را براساس هدایت پزشک یا APC من انجام دهد.

CARE TEAM: I give consent to my doctor or APC, _____ [doctor/APC name], to perform this procedure on me. I know that they will be helped by a care team including anesthesia doctors or APCs, nurses, techs, medical device experts, and a surgical team. The surgical team may have other surgeons, APCs, residents, fellows, medical or other students, and others. I give consent for these team members to perform parts of the procedure or exams as directed by my doctor or APC.

7. پزشک/APC در اتاق عمل: پزشک/APC یا پزشک/APC واجد شرایط دیگری در اکثر مراحل روش مشخص شده (از جمله مراحل اصلی و حیاتی) در اتاق عمل حضور خواهد داشت. پس از انجام آن مراحل، پزشک می‌تواند اتاق را ترک کند. در صورت ترک کردن اتاق، پزشک/APC واجد شرایط دیگری برای کمک یا نظارت بر عمل من در اتاق حضور خواهد یافت.

DOCTOR/APC IN OPERATING ROOM: My doctor/APC or another qualified doctor/APC will be in the room for most of my procedure, including key and critical parts. After those parts are done, they may leave the room. If they leave the room, they or another qualified doctor/APC will be available to assist with or supervise my procedure.

8. مشاهده‌گران: پزشک یا APC من ممکن است افراد دیگری اجازه دهند عمل من را تماشا کنند. این افراد بخشی از تیم مراقبتی نیستند و نقشی در انجام عمل نخواهند داشت.

OBSERVERS: My doctor or APC may let others watch my procedure. Those watching are not part of the care team and will not take part in my procedure.

9. انتقال خون: پزشک یا APC من نیاز احتمالی به دریافت محصولات خونی در ارتباط با این عمل را توضیح داده است.

BLOOD TRANSFUSION: My doctor or APC described the potential need for blood products related to this procedure.

پزشک: لطفاً یکی از گزینه‌های زیر را علامت بزنید. برای نشان دادن رضایت یا عدم رضایت از دریافت محصولات خونی، فرم صحیح را تکمیل کنید.

Practitioner: Please check one option below. To show patient consents or refuses blood products, complete the correct form.

نیاز به دریافت محصولات خونی طی این انجام این عمل انتظار نمی‌رود. هیچ آزمایش مربوط به قبل از انتقال خون (گروه خونی و غربالگری) انجام نمی‌شود. در مواقع اضطراری، رضایت ضمنی برای انجام آزمایش و انتقال خون وجود دارد. فرم دیگری نیاز نیست.

Blood products are **not expected** to be needed for this procedure. No pre-transfusion testing (Type and Screen) is being done. In an emergency, there is implied consent for testing and transfusion. No other forms are needed.

استفاده از محصولات خونی ممکن است لازم باشد. انجام آزمایشات مربوط به قبل از انتقال خون (گروه خونی و غربالگری) توصیه می‌شود. برای مستند کردن رضایت مربوط به انتقال خون
#397073 - رضایت آگاهانه برای انتقال خون.

Blood products **may be needed**. Pre-transfusion testing (Type and Screen) is recommended. To document consent for transfusion use form **#397073 - Informed Consent for Blood Transfusion.**

بیمار با دریافت محصولات خونی، حتی اگر انتقال خون بتواند او را از مرگ نجات دهد موافق نیست. برای مستند کردن عدم رضایت استفاده از محصولات خونی، لطفاً استاندارد کلینیکی قابل‌اجرا را دنبال کنید. برنامه بدون انتقال خون: برنامه بزرگسالان یا بدون انتقال خون: نوزادان، کودکان و بزرگسالان.

The patient **DOES NOT** consent for blood products, even when transfusion may save their life. To document refusal of blood products please follow the applicable *Clinical Standard: Bloodless Program: Adult or Bloodless Program: Neonatal, Pediatric, and Adult Dependent.*

10. پاتولوژی: می‌پذیرم که هر نمونه دریافتی از من، از قبیل بافت، خون، مایعات بدن و غیره مورد آزمایش قرار می‌گیرد و سپس دور ریخته می‌شود یا برای استفاده در مطالعات یا تحقیقات آینده ذخیره می‌شود. هر نمونه تحقیقی مورد استفاده توسط هیئت بازبینی بررسی خواهد شد. می‌دانم که بافت یا دیگر نمونه‌هایی که از بدن من گرفته شده است، به من بازگردانده نمی‌شود. اگر بخواهم بافت یا نمونه گرفته‌شده به من برگردانده شود، این موضوع به‌صورت موردی بررسی خواهد شد.

PATHOLOGY: I accept that any samples, such as tissue, blood, body fluids, etc. will be looked at, thrown away, or stored for future use in studies or research. Any research samples used will be reviewed by a review board. I understand that my tissues or other items taken out of my body will not be given back to me. If I ask for tissue or items to be given back to me, this will be reviewed on a case-by-case basis.

11. سابقه ویدیویی یا تصویری: آگاه هستم که سوابق ویدیویی یا تصویری که به‌عنوان بخشی از روش مراقبتی من ایجاد شده است، می‌تواند برای آموزش بالینی یا انتشارات مربوطه مفید باشد. اگر از این سوابق برای چنین اهدافی استفاده شود، متوجه هستم که سوابق من به‌گونه‌ای ویرایش می‌شوند که دیگران نتوانند هویت من را تشخیص دهند. از سوابق ویدیویی یا تصویری برای هیچ هدف دیگری استفاده نخواهد شد، مگر اینکه رضایت من دریافت شود.

VIDEO or PHOTO RECORD: I understand video or photo records made as part of my care may be useful for clinical teaching or publications. If used in this way, I understand that my records will be edited so others will not know who I am. Video or photo records will not be used for any other purpose unless I consent.

_____ (حروف اول نام بیمار) رضایت نمی‌دهم که از سوابق ویدیویی یا تصویری ناشناس‌سازی شده‌ای که در آن‌ها حضور دارم برای اهداف آموزش بالینی یا انتشارات مربوطه استفاده شود.

_____ (Patient's initials) I **DO NOT** consent for de-identified video or photo records involving me be used for clinical education or publications.

بهرورسانی رضایت اعتبارسنجی رضایت بیمار اگر تاریخ دریافت امضا بیمار بیشتر از 90 روز یا تاریخ انجام عمل فاصله دارد. Consent Update Validation of Patient's consent if patient's signature date is greater than 90 days prior to the procedure date. پزشک حروف اول نام Practitioner initials تاریخ Date زمان Time	من از خطرات، مزایا، و روش‌های جایگزین این عمل مطلع هستم. به همه سوالاتی که درباره این عمل داشتم پاسخ داده شده است. با امضا کردن بخش زیر، رضایت خود را از انجام این عمل اعلام می‌کنم. I understand the risks, benefits, and alternatives for this procedure. Any questions I had about this procedure were answered. By signing below, I consent to this procedure. امضا (بیمار یا نماینده قانونی او) نام با حروف خوانا Print Name Signature (Patient or Legal Representative) <input type="checkbox"/> بله - در روند دریافت رضایت از مترجم شفاهی استفاده شد. Yes - Interpreter was used during consent process. نوع رابطه (اگر فردی به غیر از بیمار فرم را امضا می‌کند) Relationship (If other than Patient) بیانیه پزشک/APC: من این فرم را برای بیمار/نماینده قانونی او توضیح داده‌ام و به همه سوالات آن‌ها پاسخ داده‌ام. معتقدم بیمار بعد از دریافت اطلاعات کافی، رضایت خود را ارائه کرده است. DOCTOR/APC STATEMENT: I have explained this form to the patient/legal representative and have answered all their questions. I believe this patient has been adequately informed and has consented. امضای پزشک/APC Doctor/APC Signature نام با حروف خوانا Print Name زمان Time تاریخ Date
--	--



AUTH1



SEATTLE, WASHINGTON

Form 396230-FARSI rev. 1/2025

PATIENT LABEL