



FICHE EXPLICATIVE PONCTION/BIOPTIE EN ARABE

الوخذ بالابرة

1. لاخذ عينة من الكبد

في حالات كثير من علوم فحص الكبد يتطلب الامر افضل فحص طبي لمعرفة السبب في تطور و مخاطر تقدم هذا المرض المحتمل و تقرير العلاج الاكثر ايلاما.

* ما هو هذا :

الفحص الطبي يتطلب ان يكون الشخص ممددا على ظهره او على جانبه الايسر. الطبيب يدخل ابرة بنجح تحت الجلد ياخذ و عينة من الكبد من خلال الجلد و بواسطة ابرة بطول ملم 1 او ملم 2 عرضا. اخذ العينة لا يستمر الا ل نصف ثانية .

* اي تحضيرات :

يجب عدم اخذ اي دواء يعدل من سيولة الدم قبل 10 ايام من بدء الفحص الطبي . كذلك الامر سيتم اجراء فحص للدم و صورة اشعاعية للكبد قبل بدء اخذ هذا العينة .

يجب ان يتوقف عن الطعام قبل ستة ساعات قبل بدء هذا

الفحص و يمنع اخذ اي شيء اخر : حلويات ، مشروبات ، ماعدا قليلا من الماء و من الضروري التوقف عن التدخين .

* الاستشفاء :

يدوم الاستشفاء ليوم او لمدة 24 ساعة اذا راى الطبيب ان امر

يتطلب ذلك

* بعد اجراء فحص اخذ العينة

يجب ان يبقى الشخص في السرير لمدة 6 ساعات

اول ساعتين يجب ان يكون على الجهة اليمنى مع مراقبة

مستمرة من الممرضة لفحص النبض ، الضغط و الشرايين

اذا شعر المريض بظهور الم في الكبد او في كتفه الايمن

عندها يجب اشعار الممرضة

الضمادات ممكن تحييدها في اليوم الثاني دون ترك اي اثر للجرح

عدم أخذ اي دواء لسيلان الدم في غضون عشرة ايام من نهاية هذا الفحص.

* في حال الحصول على موافقة الخروج من المستشفى في نفس

اليوم عند المساء يبقى المريض لمدة 20 دقيقة مرافقا مع اي

شخص في المستشفى

* يجب التجنب بقيام اي جهد جسدي و مكشف بعد الانتهاء فورا

من هذا الفحص الطبي كذلك يجب ان يتجنب السفر الى اي بلد في

الخارج لانه قد لا يجد العناية لمعالجته في حال ظهور بعض التعقيدات

* اي تعقيدات :

نادرا ما تحصل هذه التعقيدات :و هي : على سبيل المثال

* ألم مزعج ، نزيف دم في مكان وخذ الابرة او تورم

* في الاسبوع الذي يلي هذا الاجراء الطبي في حال الشعور بالم

في البطن او، تعب او، اصفرار و ارتفاع حرارة الجسم في هذه الحالة

يجب استشارة الطبيب و في حال عدم وجود اي طبيب ؛ يرجى

الاتصال برقم 15

*قبل الفحص الطبي سيطلب من المريض التوقيع على استمارة

الموافقة .

* معلومات مفيدة قبل الفحص الطبي .

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تدخن * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل عندك ؟ حساسية * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل تاخذ دواء ضد ؟ تجميد الدم * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل عندك جهاز تبديل اسنان ؟ * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل عندك مشكلة تجمد الدم ؟ * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل عندك مشكلة في القلب او في جهاز ؟التنفس * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل عندك ماء الزرقاء في العيون ؟ * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | هل عندك حرارة اليوم ؟ * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | للنساء : هل انت حامل ؟ * |
| <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | للرجال : هل عندك مشكلة البروستات ؟ * |