

INFORMED CONSENT FOR ANAESTHESIA AND SEDATION

إقرار بموافقة المريض على إجراءات التخدير

Name: Full Patient's

.....

D.O.B. MRN

اسم المريض الكامل:

.....

رقم السجل الطبي..... تاريخ الميلاد

I hereby permit

(Name of attending Physician or Authorized Health Care Provider) or his/ her Associate attending Physicians of the same service, and assistants as may be selected and supervised by him/her to perform the following type of Anesthesia (please tick one):

☐ General ☐ Sedation ☐ Caudal

☐ Epidural/Spinal/Combined Spinal Epidural ☐ Local

The nature and purpose of the above Anesthesia, possible alternative methods, risks involved, and the possibility of complications have been explained to me. I understand that with any sedation/anesthesia procedure (general/spinal/epidural/caudal), there is always a possibility of unexpected side effects or complications such as allergic reaction, increase or decrease in blood pressure, increase or decrease in heart rate, respiratory complications, sore throat, headache, backache, convulsions, infection, persistent weakness, numbness, residual pain, injury to blood vessels and in rare cases total spinal paralysis.

It has further been explained to me that it is not uncommon for a patient to experience one or more of the following short-term side effects: Nausea, vomiting, slurred speech, decreased respiration, amnesia, itching, agitation and confusion. I understand that in addition to the risks described to me about this procedure there are other risks that may occur with any medical procedure or Anesthesia. I have been informed about the possible consequences if I refuse this procedure.

I also understand that, during the administration of anesthesia, unforeseen conditions may arise that necessitate a change in anesthetics, possibly without being able to obtain my consent again. If during the operation or other procedure, other conditions are discovered that, in the best judgment of the medical staff of Trust Fertility Clinic, require an extension, alteration, or abandonment of the original anesthetic plan, or a different anesthesia, I authorize and request that to proceed

I confirm that I have received and read instructions for preparation of the planned anesthesia and certify that I will follow them. If any medical problems develop, I will inform the doctor immediately. I have been offered _____ type of Anesthesia, For Procedure _____ I prefer having type. _____

أفوض بموجب هذا (اسم الطبيب المعالج أو مقدم الرعاية الصحية المعتمد) أو معاونيه من الأطباء المعالجين في نفس الخدمة والمساعدين الذين قد يتم اختيارهم والإشراف عليهم لإجراء النوع التالي من التخدير (يرجى وضع علامة على واحد)

☐ تخدير عام ☐ تخدير واعي ☐ تخدير عجزى
☐ تخدير فوق الجافية/قطني/مختلط بين فوق الجافية والقطني. ☐ موضعي

لقد تم شرح طبيعة التخدير المذكور أعلاه والغرض منه، والطرق البديلة الممكنة، والمخاطر التي ينطوي عليها الأمر، واحتمال حدوث مضاعفات. أدرك أنه مع أي إجراء للتخدير (الواعي / العام/القطني/فوق الجافية/الذيلي)، هناك دائماً احتمال حدوث آثار جانبية أو مضاعفات غير متوقعة مثل رد الفعل التحسسي، زيادة أو نقصان في ضغط الدم، زيادة أو نقصان في معدل ضربات القلب، اختلاطات تنفسية، التهاب الحلق، الصداع، آلام الظهر، التشنجات، الالتهابات، الضعف المستمر، التشنج، الألم المتبقي، إصابة الأوعية الدموية، وفي حالات نادرة شلل العمود الفقري الكلي.

لقد أوضح لي أيضاً أنه ليس من غير المألوف أن يعاني المريض من واحد أو أكثر من الآثار الجانبية قصيرة المدى التالية: الغثيان والقيء وصعوبة الكلام وضعف التنفس وفقدان الذاكرة والحكة والإثارة والارتباك. أدرك أنه بالإضافة إلى المخاطر الموصوفة لي حول هذا الإجراء، هناك مخاطر أخرى قد تحدث مع أي إجراء طبي أو تخدير. لقد تم إبلاغي بالعواقب المحتملة إذا رفضت هذا الإجراء.

وأدرك أيضاً أنه خلال عملية التخدير، قد تنشأ ظروف غير متوقعة تستلزم إجراء تغيير في خطة التخدير، وربما دون التمكن من الحصول على موافقتي مرة أخرى. إذا تم اكتشاف حالات أخرى، أثناء العملية أو أي إجراء آخر، والتي تتطلب، في أفضل تقدير للفريق الطبي في عيادة ترست للخصوبة، تمديدًا أو تغييرًا أو التخلي عن خطة التخدير الأصلية، أو تخديرًا مختلفًا، فإنني أوافق وأطلب المضي قدماً.

أؤكد أنني تلقيت وقرأت التعليمات الخاصة بالتحضير للتخدير المخطط له وأشهد أنني سأتبعها. في حالة ظهور أي مشكلة طبية، سأبلغ الطبيب على الفور.

لقد عُرض عليّ (نوع من التخدير)، لإجراء العملية
أفضل النوع. _____

Full Patient's Name

Signature

Date

اسم المريض:

التوقيع

تاريخ

Physician's Statement:

I have adequately assessed the patient's physical condition prior to the anesthesia. I have explained to the patient anesthetic procedure, related risks, potential adverse symptoms, complications and possible alternatives. To best my knowledge the patient understood the discussion, all questions had been answered and the patient consented to the anesthesia

بيان الطبيب:

لقد قمت بتقييم الحالة الجسدية للمريض بشكل مناسب قبل التخدير. لقد شرحت للمريض إجراء التخدير والمخاطر ذات الصلة والأعراض الضارة المحتملة والمضاعفات والبدائل الممكنة. على حد علمي، فهم المريض المناقشة، وتم الرد على جميع الأسئلة ووافق المريض على التخدير

Name of the physician or authorized health care provider

Signature

Date

اسم الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية المخول

التوقيع

تاريخ

اسم الشاهد

التوقيع

تاريخ

أقر أنا
موظف في عيادة ترست للاخصاب و لست الطبيب المعالج
اشهد ان المريض وقع طوعيا على هذا الاقرار

I am a Trust Fertility Clinic employee who is not the

patient's physician, and I have witnessed the patient
voluntarily sign this form.

Name of witness

Signature

Date

المترجم / الوسيط في حالة الحاجة له

اسم المترجم أو الوسيط

التوقيع

تاريخ

بحسب معرفتي المريض فهم المعلومات المترجمة له ووقع
طوعيا على هذا الإقرار

TRANSLATOR / INTERPRETER (IF Needed)

To the best of my knowledge, the
patient understood the information
translated to him and voluntarily signed
this declaration

Name , title of interpreter / translator

Signature

Date

Guidelines

- Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria: Shall be 18 years old or more. The father or mother has the right to sign on behalf of their son or daughter regardless of their age. Shall be of sound mind and body, shall be able to understand the contents of the declaration and sign it, can read and write properly, otherwise may be assisted by another person who explains the contents and signs the declaration with him/her as witness. Both males and females are considered equal in consenting
- Definition of the Guardian: An adult relative who has had substantial involvement with the patient in the preceding 12 months. The sequence of priorities is father, mother, brother, sister, uncle (from father's side and then from mother's side), grandfather, grandmother, relatives or any parent-in-law. The husband supersedes the father and those who follow under him.
- Definition of Substitute Consent Giver: If the patient has no relatives residing in UAE, a friend may sign on his/her behalf that has familiarity with the patient's presumed wishes regarding medical care
- 1.Exemptions: 1. An unconscious/incompetent or emergency patient who has no guardian or substitute consent giver at the time shall be exempted from giving consent. 2.Only the procedures involving reproductivity in female patient require informed consent of the husband regardless of her age.
- Information & questions: Members of the medical team should answer patient's/ guardian's/substitute consent giver's questions in a simple, easy to understand, and objective manner, without exaggeration or promises. The aim is to give them enough information on all aspects of the disease, diagnostic measures and treatments, as well as any side effects and usual complications. This should be clear, scientific, easily understood, and enough to assist him/her in making decisions. This information shall not contain any promises or expectations
- Language: There should be a common language between the patient, guardians or substitute consent givers and physicians to understand content of the declaration, a translator may be used ,if necessary, who must also sign the declaration.
- Only the UAE law shall be applied to any dispute: that may arise regarding the treatment or dealing with the patient.The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such a dispute.

إرشادات

- يجب أن يفهم المريض أو مانح البديل للموافقة للمعايير القانونية التالية: يجب أن يكون 18 عامًا أو أكثر. يجب للأب أو الأم التوقيع نيابة عن ابنهما أو ابنتهما بغض النظر عن عمرهما. يجب أن يكون عاقلًا وسليم البدن. قادرًا على فهم محتوى الإقرار وتوقيعه، ويجب أن يكون قادرًا على القراءة والكتابة بشكل صحيح، وإلا يمكن أن يساعد شخص آخر بشرح له المحتوى ويوقع الإقرار معه كشاهد. يُعتبر الذكور والإناث متساوين في منح الموافقة.
- تعريف الوصي: هو قريب بالغ له مشاركة كبيرة مع المريض خلال الـ 12 شهرًا الماضية. ترتيب الأولويات هو الأب، الأم، الأخ، الأخت، العم (من جهة الأب ثم من جهة الأم)، الجد، الجدة، الأقارب أو أي والدين للزوج. يحل الزوج محل الأب والأقارب الذين يليه.
- تعريف مانح البديل للموافقة: إذا لم يكن للمريض أقارب يقيمون في الإمارات العربية المتحدة، يمكن لصديق لديه معرفة برغبات المريض المتعلقة بالرعاية الصحية أن يوقع نيابة عنه/عنها.
- الإعفاءات: 1. يُعفى المريض غير الواعي أو غير الكفء أو المريض في حالة الطوارئ الذي لا يوجد لديه وصي أو مانح بديل للموافقة في ذلك الوقت من منح الموافقة. 2. تتطلب الإجراءات المتعلقة بالإنجاب في المرضى الإناث فقط موافقة الزوج بغض النظر عن عمرها. المعلومات والأسئلة: يجب على أعضاء الفريق الطبي الإجابة على أسئلة المريض أو الوصي أو مانح البديل للموافقة بطريقة بسيطة وسهلة الفهم وموضوعية، دون مبالغة أو وعود. الهدف هو تزويدهم بما يكفي من المعلومات حول جميع جوانب المرض، ووسائل التشخيص والعلاج، فضلًا عن أي آثار جانبية ومضاعفات معتادة. يجب أن تكون هذه المعلومات واضحة وعلمية وسهلة الفهم، كافية لمساعدتهم في اتخاذ القرارات. لا ينبغي أن تحتوي هذه المعلومات على أي وعود أو توقعات.
- اللغة: يجب أن تكون هناك لغة مشتركة بين المريض والوصي أو مانح البديل للموافقة والأطباء لفهم محتوى الإقرار، ويمكن استخدام مترجم إذا لزم الأمر، والذي يجب أن يوقع أيضًا على الإقرار.
- تُطبق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة فقط على أي نزاع قد ينشأ بشأن علاج المريض أو التعامل معه. وتكون المحاكم الإماراتية المختصة حصريًا في الفصل في مثل هذا النزاع.