

Medical Record No.: _____
Patient Full Name: _____
Nationality: _____ Age: _____ Gender: _____
Consultant In-Charge: _____
Diagnosis: _____



INFORMED CONSENT FOR PAIN MANAGEMENT PROCEDURE

Patient Name: _____

Age: _____ Sex: Male/Female

Date: _____

Address: _____

I hereby authorize Dr. _____ to perform a Pain Management Procedure Known as : _____

This procedure has been explained to me by Dr. _____ and I completely understand the nature and consequences of the said procedure. The following points have been made particularly clear.

1. Complications that may follow a procedure with/without relief of pain are same as those that may follow any other type of surgical procedure, such as infection, hematoma formation etc. These complications are enhanced in those cases where the patient is old and infirm, those with Diabetes and hypertension as also with those who have previous cardiac ailments and decompensation.

2. The drugs that are being used in this procedure are used generally in pain relief procedure alone. A patient may be allergic/idiosyncratic to this drug and may react to the drug in an unpredictable fashion and rarely with unpredictable results.

3. Rarely in some procedures may the procedure be followed with paralysis of one or more limbs? The risk of this has been explained to me.

4. Specially prepared needles are known sometimes, though rarely to break and if this happens a foreign body remains within the body and will require surgery to remove it. If such a procedure need be done then I permit Dr. _____ to get such operation performed a surgeon of his choice. Blood transfusions may be required during or after surgery. Though the blood is fully tested it may give rise to mismatch, B virus, Malaria as well as AIDS.

5. I understand that the Dr. _____ relies on the qualified staff provided by the hospital or nominated by him for postoperative care of the patient. He personally may not be able to visit the patient every day.

I am aware that during the course of the procedure unforeseen condition may necessitate additional or different procedures that those set forth above. I therefore authorize and request that

Dr. _____ to perform such procedures as are, in this professional judgment, necessary; these includes but are not limited to, procedures stated above. The Authority granted therein, shall extend to remedying conditions that were unknown before the start of the operation. I understand the risks of Local and General anesthesia. I consent to the administration of anesthesia under the supervision of Dr. _____ or such anaesthesiologist that he shall select, and to the use of such anesthesia as he may deem advisable. The approximate recuperation time and the interval before I can return to work have been discussed with me. There is no guarantee when I shall be able to resume normal activities.

I am known/not known allergic to any drug.

I agree to keep Dr. _____ informed of any change of address so that he can notify me of any late findings, and I agree to cooperate with Dr. _____ in the postoperative care until discharged.

I have read the above consent form/I have been explained the contents of this form in a language I understand _____ and I understand the contents.

I have had sufficient opportunity to discuss my condition with Dr. _____ and all my questions have been answered to my satisfaction. I believe that I have adequate knowledge on which to base an informed consent to the proposed treatment.

Witness

Patient

I _____ (Relation _____) of the patient _____ have understood and been explained the contents of the above form. The patient cannot be explained as he/she is minor/is tense and cannot be explained as he/she is mentally disturbed and I would rather sign the form.

أنا بموجب هذا أذن للدكتور /
الألم المعروف باسم /
وقد تم شرح هذا الإجراء لي من قبل الدكتور /

وأنا أفهم تماما طبيعة وعواقب الإجراء المذكور. وقد تم توضيح النقاط التالية بشكل خاص:

1. المضاعفات التي قد تتبع إجراء مع / دون تخفيف الألم هي نفسها تلك التي قد تتبع أي نوع آخر من العمليات الجراحية، مثل العدوى، وتشكيل ورم دموي الخ. وتتعرض هذه المضاعفات في تلك الحالات التي يكون فيها المريض متقدما في العمر، وأولئك الذين يعانون من مرض السكري وارتفاع ضغط الدم أيضا مع أولئك الذين يعانون من أمراض القلب السابقة ومضاعفاتها المتقدمة.

2. يتم استخدام الأدوية التي يتم استخدامها في هذا الإجراء بشكل عام في إجراء تخفيف الألم وحده. قد يكون المريض حساسية / غير عادي لهذا الدواء ، ويمكن أن تتفاعل مع المخدرات بطريقة لا يمكن التنبؤ بها ونادرا ما مع نتائج غير متوقعة.

3. نادرا في بعض الإجراءات قد يتبع هذا الإجراء شلل واحد أو أكثر من الأطراف؟ وهذا الخطر قد تم شرحه لي..

4. نظرا، لاستخدام إبر طويلة معدة خصيصا لهذا الغرض ، نادرا ما تنكسر إحداها داخل الجسم وإذا حدث هذا فسوف تتطلب عملية لإزالة هذا الجزء. إذا كان هناك حاجة إلى إجراء مثل هذا فإني أسمح للدكتور المعالج باختيار الجراح المناسب لإجراء هذه الجراحة.

6. أفهم أن د/ يعتمد على الموظفين المؤهلين الذين يوفرهم المستشفى أو يرشحهم لرعاية المريض بعد الجراحة.

وأنا أدرك أنه خلال الإجراء قد تتطلب الحالة غير المتوقعة إجراءات إضافية أو مختلفة من تلك المذكورة أعلاه. ولذلك فإنني أصرح وأطلب من د/

القيام بالإجراءات التي تكون ضرورية في هذا الحكم المهني؛ وتشمل هذه الإجراءات المذكورة أعلاه على سبيل المثال لا الحصر. وتمتد السلطة الممنوحة فيه لتشمل معالجة الظروف التي لم تكن معروفة قبل بدء العملية.

أنا أفهم مخاطر التخدير الموضعي والمهدئ المستخدم في هذا الإجراء.

أوافق على إعطاء التخدير تحت إشراف طبيبي أو طبيب التخدير الذي سيختاره ، واستخدام هذا التخدير الذي قد يراه ملائما. وقد توقفت معي فترة الاستجمام التقريبية والفترة الزمنية التي تنبئ عودتي إلى العمل. وليس هناك ضمان عندما أتمكن من استئناف الأنشطة العادية.

أنا لست حساسية لمادة _____ / ليس لدي حساسية لأي مادة أو دواء.

أوافق على إبقاء الدكتور على علم بأي تغيير في العنوان حتى يتمكن من إخطاري بأي نتائج متأخرة لفحوصاتي المعملية أو الأشعة وأنا أوافق على التعاون مع الدكتور / في الرعاية بعد الإجراء العلاجي حتى أخرج من المستشفى.

لقد قرأت نموذج الموافقة أعلاه / لقد تم شرح محتويات هذا النموذج بلغة أفهمها وأفهم محتوياتها.

لقد أتيت لي الفرصة الكافية لمناقشة حالتي مع الدكتور وجميع أسئلتي تمت الإجابة عليها بما يرضيني. وأعتقد أن لدي المعرفة الكافية التي يمكن أن تستند إليها الموافقة المستنيرة على العلاج المقترح.

المريض

شاهد

وعلاقتي بالمريض /

أنا / قد فهمت وشرحت لي محتويات النموذج أعلاه. ولا يمكن الشرح للمريض لأنه / لأنها صغير السن / متوتر / مختل عقليا وأنا أفضل التوقيع على النموذج.

قريب المريض

شاهد