|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medical Record No.: Patient Full Name: Nationality: Age: Gender: Consultant In-Charge: Diagnosis:  **INFORMED CONSENT FOR PAIN MANAGEMENT PROCEDURE** | | |
| Patient Name: \_\_(PATIENTNAME) 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(PATIENTNAME)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.    Witness Relative |  | *بموجب هذا أذن للدكتور/ إلجراء إجراء تخفيف أنا*  *األلم المعروف باسم /*  *وقد تم شرح هذا اإلجراء لي من قبل الدكتور/*  *أفهم تماما طبيعة وعواقب اإلجراء المذكور. وقد تم توضيح النقاط التالية بشكل خاص: وأنا*  *التي قد تتبع إجراء مع / دون تخفيف األلم هي نفسها تلك التي قد تتبع أي الجراحية، مثل العدوى، وتشكيل ورم دموي الخ. وتتعزز هذه* *.*1 *المضاعفات فيها المريض متقدما في العمر، وأولئك الذين يعانون نوع آخر من العمليات الذين يعانون من أمراض القلب المضاعفات في تلك الحاالت التي يكون من مرض السكري وارتفاع ضغط الدم أي ًضا مع أولئك*  *السابقة وومضاعفاتها المتقدمة .*  *األدوية التي يتم استخدامها في هذا اإلجراء بشكل عام في إجراء تخفيف األلم حساسية / غير عادي لهذا الدواء ، ويمكن أن تتفاعل مع المخدرات* *.*2 *يتم استخدام وحده. قد يكون المريض*  *بطريقة ال يمكن التنبؤ بها ونادرا ما مع نتائج غير متوقعة.*  *في بعض اإلجراءات قد يتبع هذا االجراء شلل واحد أو أكثر من األطراف؟ وهذا .*3 *نادرا*  *الخطر قد تم شرحه لي..*  *الستخدام ابر طويلة معدة خصيصا لهذا الغرض ، نادرا ما تنكسر احداها داخل تتطلب عملية جراحية إلزالة هذا الجزء. إذا كان هناك حاجة* *.*4 *نظرا باختيار الجراح المناسب الجراء هذه الجسم وإذا حدث هذا فسوف إلى إجراء مثل هذا فاني أسمح للدكتور المعالج*  *الجراحة.*  *.*6 *أفهم أن د/ يعتمد على الموظفين المؤهلين الذين*  *يوفرهم المستشفى أو يرشحهم لرعاية المريض بعد الجراحة.*  *أنه خالل اإلجراء قد تتطلب الحالة غير المتوقعة إجراءات إضافية أو مختلفة من وأنا أدرك*  *تلك المذكورة أعاله. ولذلك فإنني أصرح وأطلب من د/ التي تكون ضرورية في هذا الحكم المهني؛ وتشمل هذه اإلجراءات الحصر. وتمتد السلطة الممنوحة فيه لتشمل معالجة القيام باإلجراءات المذكورة أعاله على سبيل المثال ال*  *الظروف التي لم تكن معروفة قبل بدء العملية.*  *أنا أفهم مخاطر التخدير الموضعي والمهدىء المستخدم في هذا االجراء.*  *إعطاء التخدير تحت إشراف طبيبي أو طبيب التخدير الذي سيختاره ، واستخدام وقد نوقشت معي فترة االستجمام التقريبية والفترة الزمنية أوافق على هذا التخدير الذي قد يراه مالئما.*  *عودتي إلى العمل. وليس هناك ضمان عندما أتمكن من استئناف األنشطة العادية. التي تسبق*  *لي حساسية لمادة*  */ ليس لدي حساسية الي مادة او دواء. على علم بأي تغيير في العنوان حتى يتمكن من إخطاري بأي نتائج أنا أوافق على إبقاء الدكتور*  *متأخرة لفحوصاتي المعملية او االشعة وأنا أوافق على التعاون مع الدكتور/*  *في الرعاية بعد االجراء العالجي حتى اخرج من المستشفي.*  *نموذج الموافقة أعاله / لقد تم شرح محتويات هذا النموذج بلغة أفهمها وأفهم لقد قرأت*  *محتوياتها.*  *لي الفرصة الكافية لمناقشة حالتي مع الدكتوروجميع أسئلتي تمت اإلجابة عليها المعرفة الكافية التي يمكن أن تستند إليها الموافقة المستنيرة لقد أتيحت بما يرضيني. وأعتقد أن لدي*  *على العالج المقترح.*    *شاهد المريض*  *انا / وعالقتي بالمريض/*  *وشرحت لي محتويات النموذج أعاله. وال يمكن الشرح للمريض ألنه / ألنها قد فهمت*  *صغير السن / متوتر /مختل عقليا وأنا أفضل التوقيع على النموذج.*    *شاهد قريب المريض* |

