المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Abdominal Aortic Aneurysm Repair (open)

اصلاح تمدد (انتفاخ) الشريان الأورطي في البطن

A. Interpreter / Cultural Needs

An Interpreter Service is required? ☐ Yes ☐ No
If *Yes*, is an Interpreter present? ☐ Yes ☐ No

B. Condition and treatment

The doctor has explained that you have the following condition: *(Doctor to document in patient's own words)*

_____

_____

This condition requires the following procedure. *(Doctor to document - include site and/or side where relevant to the procedure)*

_____

_____

The following will be performed:
An abdominal aortic aneurysm is the removal of a weakened and swollen area of the main blood vessel in the abdomen (the aorta) and replacement with an artificial graft.through open laparotomy.

C. Risks of abdominal aortic aneurysm

There are risks and complications with this procedure. They include but are not limited to the following.

General risks:

- Infection can occur, requiring antibiotics and further treatment.
- Bleeding could occur and may require a return to the operating room. Bleeding is more common if you have been taking blood thinning drugs such as Warfarin, Aspirin, Clopidogrel (Plavix or Iscover) or Dipyridamole (Persantin or Asasantin).
- Small areas of the lung can collapse, increasing the risk of chest infection. This may need

أ. المترجم / الاحتياج الثقافي

هل توجد حاجة لخدمات الترجمة ؟ ☐نعم ☐لا
إذا كانت الإجابة بنعم ، هل هناك مترجم حاضر ؟ ☐تعم ☐لا

ب . الحالة المرضية والعلاج

لقد قام الطبيب بشرح حالتك المرضية لك وأنك تعاني من :(*يقوم الطبيب بالتوثيق بما يلائم لغة ومفردات المريض)*

_____

_____

تتطلب هذه الحالة المرضية الإجراء التالي:
(يقوم الطبيب بالتوثيق – يشمل ذلك موضع و/ أو الجهة المتعلقة بالإجراء)

_____

_____

سيتم القيام بالتالي :
في هذا الإجراء المتعلق بتمدد (انتفاخ) الشريان الأورطي في البطن ، تتم إزالة المنطقة الضعيفة والمتورمة من الوعاء الدموي الرئيسي في البطن (الشريان الأورطي)، واستبدالها برقعة صناعية.عن طريق فتح (شق) البطن.

ج. مخاطر تمدد (انتفاخ) الشريان الأورطي في البطن

هذا الإجراء له مخاطر ومضاعفات ، وهي تشتمل ، ولكنها غير مقتصرة على:

مخاطر عامّة:

- قد تحدث عدوى ، مما يتطلب العلاج بالمضادات الحيوية وعلاجات أخرى .
- حدوث نزيف مما قد يتطلب العودة مرة أخرى لغرفة العمليات لإيقافه.حدوث النزيف أكثر شيوعاً لدى من يتناولون العقاقير التي تؤدي لزيادة سيولة الدم مثل الوارفرين،الأسبرين،كلوبيدوجريل(بلافيكس أو اسكوفير) أو عقار دايبايردامول(بيرسانتن أو اساسانتن).
- قد يحدث انهيار(انطباق) لمناطق صغيرة في الرئة، مما يزيد من مخاطر الإصابة بعدوى في الصدر، وقد يتطلب

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

antibiotics and physiotherapy.

- Increased risk in obese people of wound infection, chest infection, heart and lung complications, and thrombosis.
- Heart attack or stroke could occur due to the strain on the heart.
- Blood clot in the leg (DVT) causing pain and swelling. In rare cases part of the clot may break off and go to the lungs.
- Death as a result of this procedure is possible.

Specific risks:

- The graft may leak with loss of blood, which may need further surgery.
- Deep bleeding in the abdomen. This may need fluid replacement or further surgery. Bleeding may be uncontrollable and result in death.
- Damage to the blood supply to the kidney. The kidneys could fail and kidney support (dialysis) may be necessary.
- Damage to the blood supply to the gut, which may cause peritonitis or long term strictures.
- The function of the lungs may fail and respiratory failure may occur with need for a tracheostomy and ventilation of the lungs.
- Damage to the bowel, which may cause leakage of bowel fluid. This may require a colostomy.
- Infections such as pus collections in the abdominal cavity. This may need surgical drainage. If the graft becomes infected, it may have to be removed. If this happens, there may be loss of limb or death in 1 in 3 cases.
- The bowel movement may be paralysed or blocked after surgery and this may cause building up of fluid in the bowel with distension of the abdomen and vomiting. Further treatment may be necessary for this.
- A weakness can occur in the wound with the development, complete or incomplete, bursting of the wound in the short term, or a rupture in the long term.

علاج ذلك استخدام المضادات الحيوية والعلاج الطبيعي(الفيزيائي) للصدر.

- عند أصحاب الأوزان الزائدة ، تزداد مخاطر الإصابة بعدوى والتهاب الجرح والصدر ، مضاعفات في القلب والرئة ، وجلطات الأوعية الدموية.
- قد ينتج عن إجهاد القلب حدوث أزمة قلبية أو سكتة دماغية.
- تجلط في أحد أوردة الساق (تجلط الوريد العميق للساق) مما يسبب ألم وتورم في الساق ، وفي حالات نادرة قد ينفصل جزء من التجلط ليصل إلى الرئة.
- الوفاة محتملة كنتيجة لهذا الإجراء.

مخاطر محددة:

- قد يحدث تسرب من الرقعة مسببةً فقداناً للدم، مما قد يتطلب جراحة أخرى.
- نزيف عميق في البطن قد يستدعي إعطاء سوائل لتعويض الدم الفاقد أو جراحة أخرى. قد لا يمكن السيطرة على النزيف وتحدث الوفاة.
- ضرر لتدفق الدم إلى الكلية. قد يؤدي ذلك إلى الفشل الكلوي ، وقد تكون هناك ضرورة لإجراء غسيل الكلى.
- ضرر يصيب التدفق الدموي للأمعاء مما قد يسبب التهاب الصفاق (التهاب أغشية الأمعاء) أو تضيّقات في الأمعاء تدوم لفترة طويلة.
- قد يحدث فشل في وظائف الرئتين، وقد يحدث فشل تنفسي مع الحاجة لوضع أنبوب تنفس خارجي عبر القصبة الهوائية ووضع المريض على جهاز التنفس الصناعي.
- ضرر يصيب الأمعاء مما قد يسبب تسرب لسوائل الأمعاء . قد يتطلب ذلك عمل فتحة في القولون لإخراج الفضلات (فغر القولون).
- الإصابة بعدوى كتجمعات للصديد في التجويف البطني مما قد يتطلب تفريغ الصديد جراحياً . عند إصابة الرقعة بالعدوى ، فقد تكون هناك حاجة لإزالتها.إذا حدث ذلك فقد يفقد المريض أحد الأطراف أو تحدث الوفاة وذلك عند 1 من بين كل 3 مرضى.
- قد تصاب حركة الأمعاء بالانسداد أو الشلل بعد العملية مما يسبب تراكم السوائل في الأمعاء وانتفاخ للبطن وتقيؤ. قد يتطلب الأمر علاج آخر.
- ضعف قد يعتري الشق الجراحي ويؤدي على المدى القريب إلى انفجار الجرح بشكل جزئي أو كامل ، وعلى المدى البعيد قد يتسبب ذلك في حدوث تمزق.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

- The graft may leak and form a false aneurysm' i.e. a swelling beside the graft closed in by old blood clot.
- The graft may stick to the gut. A connection may develop between the graft and this part of the bowel and cause major blood loss. If this happens, there is a high risk (1 in 2) of death.
- Healing of the wound may be abnormal and the wound can be thickened and red (a keloid scar) and the scar may be painful.
- Adhesions (bands of scar tissue) may form and cause bowel obstruction. This can be a short term or a long term complication and may need further surgery.
- There can be damage to the blood supply to the spinal cord, which can cause paraplegia (paralysis from the chest down). This may be temporary or permanent. If permanent, it will cause permanent disability in 1 in 1000 cases.
- Blockage of the graft. This may cause loss of limb.
- Blockage of blood flow to the buttock. Depending on the extent of the blockage, there may be pain on walking or death of tissue.
- Impotence with retrograde ejaculation in 1 in 6 males.
- Inability to pass urine, which will need a tube (catheter) put into the bladder to drain the urine. This can be a long term problem.
- Death occurs in 1 in 20 people. Major complications occur in 1 in 10 people.

D. Significant Risks and Procedure Options

(Doctor to document in space provided. Continue in Medical Record if necessary.)

_____

_____

_____

- قد يحدث تسرب من الرقعة مكوناً تمدد أو انتفاخ غير حقيقي كأن يكون هناك انتفاخ بجوار الرقعة حدث له انغلاق بتخثر قديم.
- قد تلتصق الرقعة بالأمعاء مما يؤدي إلى نشوء اتصال بين الرقعة وهذا الجزء من الأمعاء مسبباً فقدان كبير للدم. إذا حدث ذلك ، فإن احتمال الوفاة يكون كبيراً (1 من بين كل مريضين).
- قد يلتئم الجرح بطريقة غير طبيعية , وقد تزداد سماكة الجرح ويصبح أحمر اللون(تكوَن ندبة الجدرة: وهي تليف للجلد يعقب الجروح) وقد تكون مؤلمة.
- قد تحدث التصاقات (أحزمة من الأنسجة المتندبة) وتسبب انسداداً للأمعاء. قد يحدث ذلك على المدى القريب أو البعيد وقد يحتاج حلّاً جراحياً.
- قد يكون هناك ضرر لتدفق الدم للحبل الشوكي مما قد يسبب الشلل النصفي (شلل يمتد من الصدر إلى الأسفل). قد يكون ذلك بشكل مؤقت أو دائم. إذا كان دائماً ، فإنه يتسبب في حدوث إعاقة دائمة عند 1 من بين كل 100 مريض.
- انسداد الرقعة مما قد يسبب فقدان لأحد أطراف الجسم.
- انسداد لتدفق الدم إلى الأرداف (المؤخرة). بناء على امتداد وحجم الانسداد ، فقد يكون هناك ألم عند المشي أو موت للأنسجة.
- العجز الجنسي مع حدوث القذف إلى الوراء عند 1 من بين كل 6 من المرضى الذكور.
- عدم القدرة على إخراج البول مما يتطلب وضع أنبوب(قسطرة) في المثانة البولية لتصريف البول. قد تكون هذه المشكلة طويلة الأمد.
- تحدث الوفاة عند 1 من بين كل 20 مريض. تحدث المضاعفات الكبرى عند 1 من بين من كل 10 مرضى.

د . مخاطر كبيرة وهامَة وخيارات الإجراء

(يقوم الطبيب بالتوثيق في المكان المحدد ، ويكمل في سجل المريض الطبي إذا اقتضى الأمر)

_____

_____

_____

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

_____

E. Risks of not having this procedure
(Doctor to document in space provided. Continue in Medical Record if necessary.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

F. Anesthetic
This procedure may require an anaesthetic. *(Doctor to document type of anaesthetic discussed)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____

G. Patient Consent
I acknowledge that the doctor has explained;

- My medical condition and the proposed procedure, including additional treatment if the doctor finds something unexpected. I understand the risks, including the risks that are specific to me.
- The anaesthetic required for this procedure. I understand the risks, including the risks that are specific to me.
- Other relevant procedure/treatment options and their associated risks.
- My prognosis and the risks of not having the procedure.

_____

هـ . مخاطر عدم الخضوع للإجراء
(يقوم الطبيب بالتوثيق في المكان المحدد ، ويكمل في سجل المريض الطبي إذا اقتضى الأمر)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

و . التخدير
قد يتطلب القيام بهذا الإجراء الخضوع للتخدير. *(يقوم الطبيب المعالج بتدوين نوع التخدير الذي تمت مناقشته مع المريض)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____

ز . إقرار المريض
أقر بأن الطبيب قد شرح لي :

- حالتي المرضية والإجراء المقترح ، بما في ذلك الإجراءات العلاجية الإضافية في حالة اكتشاف الطبيب لأمر لم يكن متوقعاً . أقر بأنني أتفهم المخاطر بما في ذلك المخاطر الخاصة بحالتي الصحية.
- التخدير المطلوب لهذا الإجراء. أقر بأنني أتفهم المخاطر بما في ذلك المخاطر الخاصة بحالتي الصحية.
- الخيارات الإجرائية الطبية \العلاجية الأخرى ذات الصلة والمخاطر المترتبة عليها.
- المسار الطبيعي لحالتي المرضية ومخاطر عدم القيام

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

- That no guarantee has been made that the procedure will improve my condition even though it has been carried out with due professional care.
- The procedure may include a blood transfusion.
- Tissues and blood may be removed and could be used for diagnosis or management of my condition, stored and disposed of sensitively by the hospital.
- If immediate life-threatening events happen during the procedure, they will be treated based on my discussions with the doctor or my Acute Resuscitation Plan.

I have been given the following Patient Information Sheet/s:

☐ **About Your Anaesthetic**

☐ **Abdominal Aortic Aneurysm**

☐ **Blood & Blood Products Transfusion**

- I was able to ask questions and raise concerns with the doctor about my condition, the proposed procedure and its risks, and my treatment options. My questions and concerns have been discussed and answered to my satisfaction.
- I understand I have the right to change my mind at any time, including after I have signed this form but, preferably following a discussion with my doctor.
- I understand that image/s or video footage may be recorded as part of and during my procedure and that these image/s or video/s will assist the doctor to provide appropriate treatment.

On the basis of the above statements,
I request to have the procedure
Name of Patient: .....

Signature: .....

بالإجراء.

- عدم تقديم أي ضمانات لي بأن الإجراء سيؤدي إلى تحسن حالتي المرضية بالرغم من أن الإجراء سيتم بمهنية عالية.
- قد يشتمل الإجراء نقل دم لي .
- احتمالية إزالة أنسجة أو دم ،وقد يستخدمان في تشخيص أو علاج حالتي المرضية ويتم حفظها والتخلص منها عن طريق المستشفى بطريقة مهنية تراعي الأنظمة والأعراف.
- إذا حدث (لا سمح الله) ما يهدد حياتي أثناء الإجراء ، فسيتم التعامل معه حسب ما تم شرحه لي من قبل الطبيب أو حسب خطة الإنعاش المحددة لي .

لقد تم إعطائي مستندات وأوراق المعلومات التالية:

☐ **نوعية التخدير المقدم لي**

☐ **تمدد (انتفاخ) الشريان الأورطي في البطن**

☐ **نقل الدم ومشتقات الدم لي**

- منحت لي الفرصة من قبل طبيبي لطرح أسئلتي والتعبير عن مخاوفي فيما يخص حالتي المرضية والإجراء المقترح ومخاطره , والخيارات المتوفرة لعلاجي.وقد تم الرد على استفساراتي ومخاوفي بما حقق لي الرضا.
- أتفهم أن من حقي تغيير رأيي في أي لحظة حتى ولو حدث ذلك بعد توقيعي لهذا النموذج ، ولكن من الأفضل أن يتم ذلك بعد مناقشته مع طبيبي.
- أتفهم أنه قد يتم خلال الإجراء أخذ صور طبية أو تسجيل مقاطع فيديو تخص المرض وذلك كجزء من الإجراء وان ذلك سيتم خلاله، وأن هذه الصور والمقاطع المصورة ستساعد الطبيب على اختيار أنسب طرق العلاج.

وبناء على ما تقدم، فإنني **أطلب الخضوع للإجراء الطبي**

اسم المريض :.....

التوقيع :.....

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Date:……Time:……

Patients who lack capacity to provide consent
Consent must be obtained from a substitute decision maker/s in the order below.
Name of Substitute

Decision Maker/s: ……

Signature:……

Relationship to patient: ……

Date:…… Time:……

Contact No:……

H. Doctor/delegate statement
I have explained to the patient all the above points under the Patient Consent section (G) and I am of the opinion that the patient/substitute decision-maker has understood the information.
Name of Doctor/delegate:……

Designation: ……

Signature: ……

Date:……Time:……

Witnesses (for the above signature)

1) Name:_____ Signature: _____

Date: _____ Time: _____

2) Name:_____ Signature: _____

Date: _____ Time: _____

التاريخ :……الوقت:……

المرضى فاقدي القدرة على إعطاء الإقرار
يتم الحصول على الإقرار من قبل شخص/ أشخاص بديل مناسب ينوب عنه ويملك المقدرة على اتخاذ القرار على النحو الموضح أدناه.
اسم من ينوب/ينوبون عن المريض في اتخاذ القرار :……

التوقيع :……

صلته بالمريض :……

التاريخ:……الوقت:……

رقم الإتصال :……

ح . بيان الطبيب / مندوب الطبيب
لقد شرحت للمريض كل النقاط المذكورة سابقاً في قسم إقرار المريض (ز) ، وأنا على ثقة بأن المريض / من ينوب عنه قد فهم جميع المعلومات المقدمة له .

اسم الطبيب/ مندوب الطبيب:……
طبيعة الإنابة :……

التوقيع :……

التاريخ:……الوقت:……

توقيع الشهود :

1) الإسـم: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____ الوقت : _____

2) الإسـم: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____ الوقت : _____