المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

**ANTERIOR OR/AND POSTERIOR**
**Repair without Mesh**

**إصلاح هبوط المثانه والمستقيم دون استخدام الشبكة الداعم**

**A. Interpreter / Cultural Needs**

An Interpreter Service is required? ☐ Yes ☐ No
If Yes, is a qualified 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:
Repair of any prolapse through the vagina. This involves a cut in the vaginal area to repair the prolapse of the bladder and / or the rectum (lower bowel) and/or vaginal entrance.
It may be necessary to pass a catheter into the bladder after the operation to drain the urine until healing has taken place.

C. **Risks of a vaginal repair – without mesh**

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

**General risks:**

- 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 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:**

- Bleeding from large blood vessels. Blood transfusions may be necessary.
- Infection in the operation site or urinary tract requiring antibiotics and further treatment.
- Injury to other organs such as the ureter(s) (tube leading from kidney to bladder) bladder or bowel.
- Difficulty passing urine immediately following surgery which is usually temporary but which may require a catheter to be reinserted into the bladder, or you may be

**أ. المترجم / الاحتياج الثقافي**

هل توجد حاجة لخدمات الترجمة ؟ نعم ☐ لا ☐
إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل يتوفر مترجم مؤهل ؟ نعم ☐ 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 الطبي التالي:
(يقوم الطبيب بالتوثيق – يشمل ذلك موضع و/ أو الجهة المتعلقة بالإجراء)

_____

_____

سيتم القيام بالتالي :
إصلاح أي هبوط (تدلي) عبر المهبل . يتضمن ذلك شق جراحي في منطقة المهبل لإصلاح هبوط المثانة البولية و\أو المستقيم(الجزء السفلي من الأمعاء) و\أو مدخل المهبل.
قد يكون من الضروري تمرير قسطرة داخل المثانة البولية لتصريف البول حتى يحدث الالتئام.

**ج. إصلاح المهبل دون استخدام الشبكة الداعمة**

لهذا الإجراء مخاطر ومضاعفات وهي تشمل ، ولكنها غير مقتصرة على :

**مخاطر عامّة:**

- 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 دايبايرداموال(بيرسانتن أو اساسانتن).
- قد يحدث انغلاق لمناطق صغيرة في الرئة، مما يزيد من مخاطر الإصابة بالتهاب في الصدر، وقد يتطلب علاج ذلك استخدام المضادات الحيوية والعلاج الطبيعي(الفيزيائي) للصدر.
- عند ذوات الأوزان الزائدة ، تزداد مخاطر الإصابة بعدوى 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:**

- نزيف من وعاء أوعية دموية كبيرة مما قد يتطلب نقل دم.
- عدوى في موضع العملية أو الجهاز البولي مما يتطلب العلاج بالمضادات الحيوية وعلاجات أخرى.
- قد تحدث إصابة لأعضاء أخرى كالحالب أو الحالبين (الأنابيب الواصلة بين الكلى والمثانة البولية) أو للمثانة البولية أو الأمعاء.
- صعوبة في إدرار البول مباشرة بعد الجراحة وغالباً ما يكون ذلك مؤقتاً ولكنه قد يتطلب إعادة وضع القسطرة البولية في المثانة ، أو قد يتم تعليم المريضة كيفية وضع القسطرة الخاصة بها حتى تصبح قادرة على إدرار البول دون مساعدة.

taught to pass your own catheter until you are able to pass urine without assistance.

- Stress incontinence of urine following surgery. Stress incontinence is a common condition where urine leaks when you cough, sneeze or perform various other activities involving abdominal straining. In this case, whilst no problem existed before surgery, often there is an unknown weakness of the bladder which leads to this problem when surgery is carried out.
- A connection (fistula) may develop between the bladder and the vagina.
- A connection (fistula) may develop between the rectum and the vagina leading to leakage of faeces through the vagina (recto - vaginal fistula).
- Change in bladder and bowel habits.
- Narrowing or shortening of the vagina.
- Pain during sexual intercourse.
- Reoccurrence of the original complaint (prolapse) with the passage of time.
- Increased risk in smokers of wound and chest infections, heart and lung complications and thrombosis.

**D. Significant Risks and Procedure Options**

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

_____

_____

_____

_____

**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.

- سلس بول بسبب الإجهاد يحدث بعد الجراحة. سلس البول مشكلة شائعة يحدث فيها تسرب للبول مع الضحك ، العطاس أو عند ممارسة أي نشاطات أخرى يكون فيها ضغط على البطن (حزق) . في هذه الحالة ، وبالرغم من عدم وجود أي مشكلة قبل الجراحة ، إلا أنه غالباً ما يكون هناك ضعف غير معروف في المثانة يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة مع إجراء العملية.
- قد يتكوّن ناسور (ممر) بين المهبل و المثانة البولية .
- قد يتكوّن ناسور (ممر) بين المستقيم والمهبل مما يؤدي إلى تسرب البراز عبر المهبل (الناسور المستقيمي –المهبلي) .
- تغير في سلوك وعادات المثانة البولية والأمعاء.
- تضيّق أو قصر في طول المهبل.
- ألم أثناء المعاشرة الزوجية.
- عودة الشكوى الأصلية (هبوط الرحم) مع مرور الوقت.
- عند المدخنات تزداد عدوى الجرح والصدر ومضاعفات القلب والرئة والتخثرات الدموية في الأوردة.

**د . مخاطر كبيرة وهامة وخيارات الإجراء**

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

_____

_____

_____

_____

**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

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

- My prognosis and the risks of not having the procedure.
- 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.
- A doctor other than the Consultant may conduct the procedure. I understand this could be a doctor undergoing further training.

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

- ☐ **About Your Anaesthetic**
- ☐ **Epidural and Spinal Anaesthetic**
- ☐ **Vaginal Repair without Mesh**

- 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: .....

Date: ……..

**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: .....

**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.

المترتبة عليها.

- المسار الطبيعي لحالتي المرضية ومخاطر عدم القيام 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 .
- قد يقوم بالإجراء طبيب آخر غير الاستشاري ، وأنا مدرك تماماً أن هذا الطبيب منخرط في برنامج تدريبي متقدم.

**لقد تم إعطائي مستندات وأوراق التعليمات التالية:**

- ☐ **نوعية التخدير المقدم لي**
- ☐ **التخدير النصفي(التخدير الشوكي و تخدير فوق الجافية)**
- ☐ **إصلاح المهبل دون استخدام الشبكة الداعمة**

- 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 :……..……

التاريخ :……..……

**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:……

**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 .

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

| | |
|---|---|
| Name of Doctor/delegate:<br>…….<br>Designation:.....<br>Signature:.....<br>Date: …….....<br>**Witnesses (for the above signature)**<br>1) Name:.....<br>Signature: .....<br>Date: ……Time:……<br>2) Name:.....<br>Signature: .....<br>Date: ……Time:…… | اسم الطبيب/ مندوب الطبيب:……..……..……<br>طبيعة الإنابة :……..……..……<br>التوقيع :……..……<br>التاريخ:……..……..……<br>**الشهود (على التوقيع أعلاه)**<br>1) **اسم** : .....<br>**التوقيع** : .....<br>**التاريخ** : ..... **الوقت**: .....<br>2) **اسم** : .....<br>**التوقيع** : .....<br>**التاريخ** : ..... **الوقت**: ……..... |