المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Caesarean Section

العملية القيصرية

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 operation to remove the baby from the uterus. This is done by a cut in the lower abdomen, followed by a cut in the uterus. The doctor then brings out the baby. Occasionally forceps may be needed to help the birth of the baby through the abdominal wound out of the uterus. The placenta will also be removed and the cord cut between the placenta and the baby.

C. Risks of a caesarean section

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

Common risks and complications (<5%) include:

- Infection in the operation site or pelvis or urinary tract. Treatment may be wound dressings and/or antibiotics.*(3 in a 100)*
- Bleeding could occur and may require a return to the operating room. (5 in a 100)
- The uterus may not contract properly after the operation. This can lead to excess vaginal bleeding, treated with hormone injection/s to contract the uterus. In severe cases, it may be necessary to remove the uterus, preventing future pregnancies.
- Adhesions (bands of scar tissue) may form.

Uncommon risks and complications (1-5%) include:

- Small areas of the lung can collapse, increasing the risk of chest infection. This may need antibiotics and physiotherapy.
- Minor skin cut/s to the baby, more common in breech births when the baby's bottom is against the wall of the uterus. The baby's bottom, face or body may be cut when the uterus is cut. This usually heals quickly, treated with a band-aid. *(1-2 in a 100)*
- Injury to other organs such as the ureter/s (tube leading

أ. المترجم / الاحتياج الثقافي

هل توجد حاجة لخدمات الترجمة ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل يوجد مترجم تعم ☐ لا ☐

ب . الحالة المرضية والعلاج

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

_____

_____

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

_____

_____

سيتم القيام بالتالي :
العملية القيصرية هي جراحة لإخراج الطفل من الرحم. تجرى العملية بعمل شق جراحي أسفل البطن ثم يتبع بشق آخر في الرحم ثم يقوم الطبيب بإخراج الجنين.

أحياناً قد تكون هناك حاجة لاستخدام الملقط للمساعدة في ولادة الطفل من الرحم عبر الشق الجراحي. يتم أيضاً إخراج المشيمة وقطع الحبل السري بين المشيمة والطفل.

ج . مخاطر العملية القيصرية

لهذا الإجراء مخاطر ومضاعفات تشمل ولا تقتصر على ما يلي:

مخاطر ومضاعفات شائعة (أكثر من 5%) وتشمل:

- عدوى في موضع الجراحة أو الحوض أو الجهاز البولي . قد يكون العلاج بتضميد الجرح و/ أو المضادات الحيوية.(3 في 100)
- حدوث نزيف مما قد يتطلب العودة مرة أخرى لغرفة العمليات لإيقافه. (5 في 100)
- قد لا ينقبض الرحم بالشكل الصحيح بعد الجراحة مما قد يسبب نزيف مهبلي مفرط. ويكون العلاج بحقنة أو حقن هرمونية تؤدي إلى انقباض الرحم . وفي حالات النزف الشديد قد تكون هناك ضرورة لاستئصال الرحم مما يؤدي إلى عدم القدرة على الحمل مستقبلاً.
- قد تحدث التصاقات (أحزمة من الأنسجة المتندبة).

مخاطر ومضاعفات أقل شيوعا (1-5%) وتشمل:

- قد يحدث انكماش بمناطق صغيرة في الرئة (استرواح صدري) مما يزيد من مخاطر الإصابة بالتهاب في الصدر وقد يتطلب علاج ذلك استخدام المضادات الحيوية والعلاج الطبيعي(الفيزيائي) للصدر.
- حدوث قطع أو جروح صغيرة في جلد الطفل ، وهي أكثر شيوعاً عندما يكون وضع الجنين بالـ"مقعدة" حيث تكون مؤخرة الطفل مواجهة وملاصقة لجدار الرحم. و قد تتعرض مؤخرة الطفل ووجهه أو جسده للقطع عند إحداث الشق الجراحي في الرحم . وفي العادة يلتئم الجرح أو الجروح سريعاً وتعالج بالإسعافات الأولية.(1-2 في 100)
- إصابة أعضاء أخرى في الجسم كالحالب أو الحالبين وهي

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

from kidney to bladder) bladder or bowel. Further surgery will be needed to repair the injuries.*(1 in 1000, ureteric injury 3 in a 10,000)*

- The wound may not heal normally. The scar can be thickened and red and may be painful. This is permanent and can be disfiguring.
- 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 which could be fatal *(4-16 in 10,000)*
- The scar may rupture (burst) in future pregnancies or during labor. The risk is highest if the cut is made down the uterus rather than across the lower part of the uterus. Scar rupture can be fatal or lead to hysterectomy as a life saving measure.*(2-7 in 1,000)*

Rare risks and complications (<1%) include:

- For future pregnancies a slightly higher risk of placenta previa. (The afterbirth lies across the lower part of the womb).This can cause major blood loss. *(4-8 in 1,000)*
- Poor wound healing and the wound may burst open which may require long term wound care with dressings and antibiotics or a hernia i.e. rupture can form in the long term. This may need repair by further surgery.
- Death as a result of this procedure is possible. *(1 in 12,000)*

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.)

_____

_____

_____

_____

D. Anesthetic

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

_____

_____

_____

E. 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.

الأنابيب الممتدة من الكلى إلى المثانة البولية و قد تصاب أيضاً المثانة البولية أو الأمعاء مما قد يتطلب إجراء جراحة أخرى لإصلاح هذه الإصابات.(1 في 1000، إصابة حالبية 3 في10,000)

- قد لا يلتئم الجرح بشكل طبيعي و قد تزداد سماكة الندبة الجراحية ويصبح لونها أحمر وقد تكون مؤلمة ودائمة وقد تسبب تشوه.
- 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 وقد يؤدي إلى الوفاة. (1-16 في 10,000)
- قد تتمزق أو تنفجر الندبة (أثرالجرح) عند الحمل أو الولادة مستقبلاً. وتزداد معدلات هذا الخطر إذا كان القطع الجراحي قد أجري في الرحم بشكل طولي وليس عرضي على امتداد الجزء السفلي من الرحم. وقد يكون تمزق الندب الجراحي مميتاً أو قد يؤدي لاستئصال الرحم كإجراء لإنقاذ الحياة. (2-7 في 1,000)

مخاطر ومضاعفات نادرة (أقل من 1%) وتشمل:

- عند الحمل مستقبلاً يكون هناك خطر أكبر بوجود المشيمة المتقدمة (وجود المشيمة بشكل مستعرض في الجزء السفلي من الرحم). قد يسبب ذلك فقدان كميات كبيرة من الدم. (4-8 في 1,000)
- التئام ضعيف للجرح وقد ينفجر الجرح مما قد يتطلب عناية طويلة الأمد بالجرح بالضمادات والمضادات الحيوية أو على المدى البعيد قد ينشأ فتق (تمزق) و قد يتطلب ذلك إصلاح بجراحة أخرى.
- احتمال الوفاة كنتيجة لهذا الإجراء. (1 في 12,000)

د . مخاطر كبيرة وهامة وخيارات الإجراء

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

_____

_____

_____

_____

هـ . مخاطر عدم الخضوع للإجراء

(يقوم الطبيب بالتوثيق في المكان المحدد ويكمل ذلك في سجل المريضة الطبي إذا اقتضى الأمر)

_____

_____

_____

_____

و . التخدير

قد يتطلب هذا الإجراء الخضوع للتخدير. (يقوم الطبيب المعالج بتدوين نوع التخدير الذي تمت مناقشته مع المريضة)

_____

_____

_____

ز . إقرار المريضة

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.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

- 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.
- 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 Anaesthesia**
- ☐ **Caesarean Section**
- ☐ **Blood and 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: .....

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:.....

- التخدير المطلوب لهذا الإجراء. أقر بأنني أتفهم المخاطر بما في ذلك المخاطر الخاصة بحالتي الصحية.
- الخيارات الإجرائية الطبية والعلاجية الأخرى ذات الصلة والمخاطر 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 برعاية مهنية عالية.
- قد يشتمل الإجراء على نقل دم لي .
- احتمال إزالة أنسجة أو دم وقد يتم استخدامها في تشخيص أو علاج حالتي المرضية ويتم حفظها والتخلص منها عن طريق المستشفى بطريقة مهنية تراعي الأنظمة والأعراف.
- في حالة حدوث ما يهدد حياتي أثناء الإجراء (لا سمح الله) 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)**
- ☐ **العملية القيصرية**
- ☐ **نقل الدم ومشتقات لي**

- منحني طبيبي الفرصة لطرح أسئلتي والتعبير عن مخاوفي واهتماماتي فيما يتعلق بحالتي المرضية والإجراء المقترح ومخاطره والخيارات المتاحة لعلاجي وقد تم الرد على استفساراتي واهتماماتي بصورة مرضية لي .
- أتفهم أن من حقي تغيير رأيي في أي لحظة حتى بعد توقيعي لهذا النموذج ولكن من الأفضل أن يتم ذلك بعد مناقشته مع طبيبي.
- أتفهم أنه قد يتم خلال الإجراء و كجزء منه أخذ صور طبية أو تسجيل مقاطع فيديو متعلقة بالمرض وأن هذه الصور والمقاطع المصورة ستساعد الطبيب على اختيار أنسب طرق العلاج.

وبناء على ما تقدم فإنني
أوافق على الخضوع للإجراء الطبي

اسم المريضة : .....

التوقيع: .....

التاريخ: .....الوقت:.....

المرضى غير المؤهلين لاتخاذ قرار بشأن الإقرار
يتم الحصول على الإقرار ممن ينوب أو ينوبون عنه في اتخاذ القرار على النحو الموضح أدناه.
اسم من ينوب أو ينوبون عن المريض في اتخاذ القرار الاسم

.....:

التوقيع:.....

صلة القرابة بالمريض:.....

التاريخ:.....الوقت:.....

رقم الاتصال:.....

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

F. Doctor/designee 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/designee: .....

Designation: .....

Signature: .....

Date:……Time:……

Witnesses (for the above signature)

1) Name:_____ Signature: _____

Date: _____ Time: _____

2)) Name:_____ Signature: _____

Date: _____ Time: _____

ح . إفادة 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 أو من ينوب عنه:.....

اللقب :.....

التوقيع:.....

التاريخ:.....الوقت:.....

اسم الشاهد(على هذا التوقيع أعلاه)

1) الاسم : _____ التوقيع : _____

التاريخ: _____ الوقت: _____

2) الاسم : _____ التوقيع : _____

التاريخ: _____ الوقت: _____