المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Female Sterilisation | **تعقيم الإناث**

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:

The operation is usually done laparoscopically - which is commonly known as keyhole surgery. You will be asleep during the operation with a general anaesthetic given by needle into a vein.

One or two cuts will be made into your abdominal wall and a gas piped into the abdomen in order to lift up the abdominal wall. A telescope will be put through one of the cuts and sterilising instrument through another.

The cuts will be closed, usually with a dissolvable stitch or sticky tape. Most women go home on the day of surgery.

C. Risks of a female sterilisation

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 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:

This sterilisation operation is intended to make you sterile. You should not have the operation if you are uncertain about whether you will want children in the future.

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 :

عادةً ما تجرى هذه العملية باستخدام المنظار والمتعارف على تسميتها بجراحة ثقب المفتاح. ستكونين نائمة أثناء العملية بفعل المخدر الكلي الذي يتم حقنه لك في الوريد. يتم عمل شق جراحي أو شقين جراحيين في جدار البطن. يتم إدخال غاز عبر أنبوب إلى داخل تجويف البطن لرفع الجدار البطني. يتم إدخال منظار عبر أحد الشقين الجراحيين ، ويتم إدخال معدات إجراء التعقيم عبر الشق الآخر. يتم إغلاق شقوق الجدار البطني ، وعادة ما يتم ذلك باستخدام غرز جراحية ذاتية الذوبان أو بشريط لاصق. معظم المريضات يغادرن إلى منازلهن في نفس يوم الإجراء.

ج. مخاطر تعقيم الإناث

لهذا الإجراء مخاطر ومضاعفات وتشمل ، ولكنها غير مقتصرة على :

مخاطر عامّة:

- قد تحدث عدوى تتطلب العلاج بمضادات حيوية وأدوية 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 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 أصحاب 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) مم يسبب ألم وتورم في الساق ، وفي حالات نادرة قد ينفصل جزء من التجلط ليصل إلى الرئة.
- الوفاة محتملة كنتيجة لهذا الإجراء.

مخاطر محددة:

الهدف من هذا الإجراء هو جعلك عقيماً. يجب عليك عدم الخضوع للجراحة إن كنت غير متأكدة من رغبتك المستقبلية في إنجاب الأطفال.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

It should be assumed that this operation cannot be reversed. In some cases, it is possible to re-open the tubes by micro-surgery. Discuss the success rate with your doctor.
All contraceptive techniques, including sterilisation, have a failure rate. Pregnancies have even been reported after hysterectomy (removal of the womb).
If the tubes are cut, the removed pieces of tubes will be examined under the microscope to prove sterilisation.

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

- Accidental injury to the bowel, blood vessels and the urinary tract. Repair is usually possible at the time - often through the small cuts. It may also be necessary to make a larger cut to repair the bowel, blood vessel or urinary tract injuries.
- In case of bowel injury, it may be necessary for a temporary colostomy to allow the injured bowel to heal. This colostomy would normally be closed at a separate operation a few weeks later.
- Rarely gas, used to inflate the abdomen, can cause heart and breathing problems in 1 in 60,000 women. Death is a very rare risk.
- Future pregnancy. The failure rate of the two commonest laparoscopic sterilisations (filshie clip and fallope ring) is about 1 in 170 to 1 in 250 women who will become pregnant after female sterilisation. Pregnancy may also happen outside the womb (ectopic pregnancy) and may require emergency surgery. This is rare.
- If the operation cannot be completed through the laparoscope, then open surgery may have to be done. This will mean a larger cut above the pubis - about 5-8 cm, a longer stay in hospital and a longer recovery rate.
- Burns on the skin due to use of electrical equipment in less than 1 in 100 women. These may take a few days to appear.

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.)

_____

_____

_____

_____

يجب عليك افتراض أن هذا الإجراء غير قابل للتصحيح وإعادة الأمر كما كان قبله. في بعض الحالات يمكن إعادة فتح الأنابيب بجراحة دقيقة . ناقشي احتمالية نجاح هذه العملية مع طبيبك.
جميع وسائل منع الحمل ، بما في ذلك عمليات التعقيم لها نسبة فشل ، بل أن هناك حالات حمل حدثت حتى بعد استئصال الرحم.
إذا تم قطع الأنابيب ، فإن الأجزاء التي تمت إزالتها من الأنبوب سيتم فحصها تحت المجهر لإثبات حدوث التعقيم.

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

- حدوث إصابة عن طريق الخطأ للأمعاء ، وعاء دموي والجهاز البولي. غالباً ما يكون إصلاح ذلك متاحاً أثناء الإجراء عبر نفس القطوع الصغيرة .
- إلا أنه قد يكون من الضروري أيضاً إحداث قطع أكبر لإصلاح أضرار الأمعاء ، الوعاء الدموي أوالجهاز البولي.
- عند حدوث إصابة للأمعاء ، قد تكون هناك ضرورة لإنشاء فتحة (فغر) للقولون بشكل مؤقت لحين التئام الأمعاء. يتم إغلاق هذه الفتحة عادةً بعملية أخرى بعد بضعة أسابيع.
- من النادر أن يسبب الغاز المستخدم في نفخ البطن مشاكل للقلب أو التنفس(1 من بين 60000 مريضة). خطر الوفاة نادر جداً.
- حدوث حمل في المستقبل.معدل الفشل لأكثر طريقتين للتعقيم شيوعاً (مشبك فلشي و حلقة قناة فالوب) في حدود 1 من كل 170 إمرأه إلى 1 من كل 250 إمرأه واللاتي قد يحدث لهن حمل بعد إجراء تعقيم الإناث. قد يحدث الحمل أيضاً خارج الرحم وقد يتطلب جراحة طارئة. هذا نادر الحدوث.
- إذا لم يتمكن الفريق الجراحي من إكمال العملية عبر المنظار ، فقد تكون هناك ضرورة لإكمالها عن طريق فتح البطن. يعني ذلك إحداث شق جراحي فوق العانة بطول 5-8 سنتيمتر ، وفترة تنويم ونقاهة أطول في المستشفى .
- حروق الجلد بسبب استخدام الأجهزة الكهربائية تحدث بمعدل أقل من 1 من بين كل 100 مريضة.قد يظهر ذلك بعد عدة أيام.

د . مخاطر كبيرة وهامّة 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)

_____

_____

_____

_____

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

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.
- 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**

☐ **Female Sterlisation**

- 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.

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 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**

☐ **تعقيم الإناث**

- 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.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

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

Signature: .....

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.
Name of Doctor/delegate:

……..

Designation: .....

Signature: .....

Date: ……..

Witnesses (for the above signature)
1) Name: .....

Signature: .....

Date: ……Time:……

2) Name: .....

Signature: .....

Date: ……Time:……

وبناء على ما تقدم، فإنني
أوافق على الخضوع للإجراء الطبي
اسم المريض :……

التوقيع :……

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 .

اسم الطبيب/ مندوب الطبيب:……

طبيعة الإنابة :……

التوقيع :……

التاريخ:……

الشهود (على التوقيع أعلاه)

1) **اسم** : .....

التوقيع : .....

التاريخ : ..... **الوقت**: .....

2) **اسم** : .....

التوقيع : .....

التاريخ : ..... **الوقت**: .....