المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Burch Colposuspension

تعليق عنق المثانة البولية(إجراء برش)

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 cut is made across the upper edge of the pubic hair. This allows the surgeon to get to the bladder neck. Stitches are placed in tissues next to the bladder neck. This is to hang it from ligaments on the front of the pelvic bone.
These stitches support the bladder neck. This has a very high success rate (better than 9 in 10 women) of treating genuine stress Incontinence. This falls to a high success rate in the coming years.

C. Risks of a burch colposuspension

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:

- The bladder may be over-active after the operation. You may need to go to the toilet a lot, may have sudden urge to pass urine and may leak urine.
- These symptoms may be controlled by bladder retraining

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 :
يتم عمل شق جراحي عرضي على طول الحد الأعلى لشعر العانة ، مما يمكن الجراح من الوصول إلى عنق المثانة البولية . توضع الغرز الجراحية في الأنسجة المجاورة لعنق المثانة وذلك لتعليقها من الأربطة الموجودة أمام عظمة الحوض.

تقوم هذه الغرز بدعم عنق الرحم . نسبة نجاح هذا الإجراء عالية جداً (تفوق الـ 9 مريضات من بين كل 10) في علاج سلس البول الحقيقي. يتوقع ازدياد نسبة نجاح الإجراء في السنوات القادمة.

ج . مخاطر تعليق عنق المثانة البولية(إجراء برش)

لهذا الإجراء مخاطر ومضاعفات وتشمل ، 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 دايبايرداموِل(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 المريضات ذوات الوزن الزائد، 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:

- قد يزداد نشاط المثانة البولية بعد الإجراء. قد تضطرين للذهاب بكثرة إلى دورة المياه . قد تشعرين برغبة مفاجئة في التبول وقد يتسرب البول . يمكن السيطرة على هذه الأعراض بإعادة تمرين المثانة البولية وبالأدوية .
- يمكن بعد ذلك تقليص استخدام الأدوية.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

and drug therapy. The drug therapy is then slowly cut back.

- A rupture (hernia) through the top of the vagina. Sometimes further surgery is needed if the hernia becomes too big.
- Haemorrhage from large arteries and veins about the bladder, vagina and pelvis. This may require a blood transfusion and further surgery.
- Infection in the operation site, pelvis or urinary tract. This may require treatment with antibiotics.
- Injury to adjacent organs e.g. bladder. This may require further surgery.
- Injuries to the ureter or the urethra. This may require further surgery.
- Problems with passing urine. This is rare, but may need long term care. If this does happen, you may have to pass a tube into your bladder to drain the urine.
- A higher risk in smokers. This may cause wound and chest infections, heart and lung problems and blood clots in the veins.

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.

- حدوث تمزق (فتق) في أعلى المهبل . قد تكون هناك حاجة للجراحة إذا ازداد حجم الفتق وأصبح كبيراً.
- نزيف شديد من الشرايين والأوردة الكبيرة القريبة من المثانة البولية ، المهبل والحوض. قد يتطلب ذلك نقل دم وجراحة أخرى.
- عدوى في موضع الجراحة أو الحوض أو الجهاز البولي. قد يتطلب ذلك العلاج بمضادات حيوية .
- إصابة تحدث لأعضاء الجسم المجاورة كالمثانة البولية. قد يتطلب ذلك جراحة.
- إصابة للحالب أو الإحليل (قناة مجرى البول) . قد يتطلب ذلك جراحة أخرى.
- مشاكل في إدرار البول.من النادر حدوث ذلك ولكنه قد يتطلب عناية على المدى الطويل. عند حدوث ذلك قد يتطلب ذلك وضع أنبوب في المثانة لإخراج البول.
- عند المدخنات تزداد عدوى الجرح والصدر ومضاعفات القلب والرئة والتخثرات الدموية.

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.

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:

- ☐ **Epidural and Spinal Anaesthetic**
- ☐ **About Your Anaesthetic**
- ☐ **Burch Colposuspension**

- 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:……

- 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:

- ☐ **التخدير النصفي(التخدير الشوكي أو تخدير فوق الجافية)**
- ☐ **نوعية التخدير المقدم لي**
- ☐ **تعليق عنق المثانة البولية(إجراء برش)**

- 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

أوافق على 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: ……..……..……

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

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:……	**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**: …….....