المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Insertion of Progesterone-Releasing Intrauterine Device

إدخال جهاز إطلاق هرمون البوجيسترون داخل الرحم

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:
A progesterone releasing intra-uterine device will be put inside the uterus through the vagina. This will provide long term birth control.

C. **Risks of an insertion of progesterone-releasing intrauterine device**

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).
- Death as a result of this procedure is possible, but very rare.

Specific risks:

- Infection can be passed into the uterus and spread into the pelvis. This may need treatment with antibiotics, and can cause infertility (unable to get pregnant).
- Abnormal bleeding in the first three months. This usually settles. If not the device may have to be removed.
- Puncture of the wall of the uterus when the intrauterine device is put inside. The device will not work, so pregnancy is possible. There may be infection, which will need antibiotics. The device may need to be removed and a laparoscopy may be necessary to do this.
- The uterus may push out the intra-uterine device in 1 in 20 women. If this happens, pregnancy is a possibility.
- Pain may be felt during and shortly after insertion.
- Ovarian cysts in 1 in 8 women, which may cause pain and painful sex. They usually disappear in 2-3 months. If they persist, further monitoring is required.
- The intrauterine device may not provide complete relief from the symptoms for which it is being used.

أ. المترجم / الاحتياج الثقافي

هل توجد حاجة لخدمات الترجمة ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل يتوفر مترجم مؤهل ؟ 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 الطبي التالي:
(يقوم الطبيب بالتوثيق – يشمل ذلك موضع و/ أو الجهة المتعلقة بالإجراء)

_____

_____

سيتم القيام بالتالي :
يتم وضع جهاز إطلاق هرمون البوجيسترون داخل الرحم عن طريق المهبل .يؤدي ذلك لمنع الحمل لفترة طويلة.

ج. مخاطر إدخال جهاز إطلاق هرمون البوجيسترون داخل الرحم

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 دايبايرداموال(بيرسانتن أو اساسانتن).
- الوفاة بسبب هذا الإجراء محتملة ولكنها نادرة جداً.

مخاطر محددة:

- دخول عدوى إلى الرحم وانتشارها في الحوض . قد يتطلب ذلك العلاج بالمضادات الحيوية ، وقد يتسبب في العقم (عدم القدرة على الحمل).
- نزيف غير طبيعي خلال الثلاث أشهر الأولى . عادةً يتوقف ذلك ، إلا أنه في حالة عدم توقفه فقد تكون هناك حاجة لإزالة الجهاز.
- حدوث ثقب في جدار الرحم عند إدخال الجهاز .فشل في عمل الجهاز و احتمال حدوث الحمل.قد تحدث عدوى تتطلب العلاج بالمضادات الحيوية .قد تكون هناك ضرورة لأزالة الجهاز وقد يتطلب ذلك استخدام منظار البطن لإزالته.
- قد يقوم الرحم بدفع الجهاز إلى الخارج (خطر حدوث ذلك هو 1 من بين كل 20 امرأة). عند حدوث ذلك يصبح هناك احتمال بحدوث الحمل.
- الشعور بألم أثناء إدخال الجهاز ولفترة قصيرة بعد إدخاله.
- تكوّن أكياس المبيض . يحدث ذلك في 1 من كل 8 نساء . قد يسبب ذلك ألم ، وألم عند الممارسة الزوجية . تختفي الأكياس عادةً خلال 2-3 أشهر . عند عدم اختفاءها ، يتطلب الأمر متابعة.
- هذه الآلة التي وضعت داخل الرحم قد لا تؤدي إلى التخلص الكامل من الأعراض التي وضعت من أجلها .

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

- Pregnancy in 1 in 600 women. A third of these will have an ectopic (tubal) pregnancy. In which case, surgery will be required to remove the foetus and possibly the tube to prevent the tube from rupturing. If the tube ruptures, it can be life threatening and emergency surgery will be required.

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.
- 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.
- 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:

- حدوث حمل عند 1 من بين كل 600 امرأة . ثلث هؤلاء النساء يحدث لهن حمل خارج الرحم (في أنابيب الرحم) . في هذه الحالة يكون من الضروري إجراء جراحة لإزالة الجنين وربما الأنبوب أيضاً لتفادي تمزق الأنبوب . يعتبر تمزق الأنبوب من الحالات المهددة للحياة التي تتطلب جراحة طارئة.

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 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.
- 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:

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

☐ **Insertion of Progesterone-Releasing Intrauterine Device**

- 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.

Name of Doctor/delegate:

……..

Designation: .....

Signature: .....

Date: ……..

Witnesses (for the above signature)

1) Name: .....

Signature: .....

Date: ……Time:……

2) Name: .....

Signature: .....

Date: ……Time:……

☐ **إدخال جهاز إطلاق هرمون البوجيسترون داخل الرحم**

- 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 .

اسم الطبيب/ مندوب الطبيب:……

طبيعة الإنابة :……

التوقيع :……

التاريخ:……

الشهود (على التوقيع أعلاه)

1) **اسم** : .....

التوقيع : .....

التاريخ : ..... **الوقت**: .....

2) **اسم** : .....

التوقيع : .....

التاريخ : ..... **الوقت**: .....