المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Reflux Operation – Laparoscopic

جراحة علاج الارتجاع المعدي المريئي – استخدام المنظار

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:
A reflux operation involves the surgical tightening of the junction between the oesophagus (food pipe) and the stomach. This operation may be done laparoscopically (i.e. with the help of a video camera through tubes in very small cuts in the abdomen).

C. Risks of a reflux operation – laparoscopic

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

أ. المترجم / الاحتياج الثقافي

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

_____

_____

سيتم القيام بالتالي :
يتم في عملية علاج الارتجاع المعدي المريئي التضييق الجراحي للمنطقة التي يلتقي فيها المريء بالمعدة. قد تجرى هذه الجراحة باستخدام المنظار (استخدام كاميرا فيديو عبر أنابيب من خلال شقوق جراحية صغيرة في البطن).

ج. مخاطر جراحة علاج الارتجاع المعدي المريئي – استخدام المنظار

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

مخاطر عامّة:

- قد تحدث اللتهاب ، مما يتطلب العلاج بالمضادات الحيوية وعلاجات 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).

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

or Asasantin).

- 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.
- 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.
- Death as a result of this procedure is possible.

Specific risks:

- The television method may fail and the surgeon may need to do open surgery in 1 in 20 cases.
- Damage to large blood vessels, or gut when the sharp trocar and cannula are inserted to provide access and gas insufflation. This may need further surgery
- Rarely gas, which is fed into the abdominal cavity, can cause cardiac and respiratory complications in 1 in 100 people. This can be life threatening.
- Deep bleeding in the abdominal cavity and this may need fluid replacement or further surgery.
- Damage to the oesophagus which may lead to infection in chest. This may need further surgery.
- Damage to the bowel which may cause leakage of bowel fluid. This may need further surgery.
- Damage to the spleen, in which case it will have to be removed.
- Especially in a male, there may be difficulty passing urine and a tube may need to be inserted into the bladder.
- Infections such as pus collections in the

- 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.
- قد يحدث إنغلاق لمناطق صغيرة في الرئة، مما يزيد من مخاطر الإصابة بعدوى في الصدر، وقد يتطلب علاج ذلك استخدام المضادات الحيوية والعلاج الطبيعي(الفيزيائي) للصدر.
- عند المرضى ذو الوزن الزائد أو السمنه المفرطه ، تزداد مخاطر الإصابة بعدوى والتهاب الجرح والصدر ، مضاعفات في القلب والرئة ، وجلطات الأوعية الدموية.
- الوفاة محتملة كنتيجة لهذا الإجراء.

مخاطر محددة:

- عند 1 من كل 20 مريض ، قد تفشل طريقة استخدام المنظار (شاشة المراقبة – التيلفيزيون) ، وقد يضطر الجراح للفتح الجراحي.
- ضرر للأوعية الدموية الكبيرة أو الأمعاء عند إدخال المعدات الجراحية الحادة (المبزلة) والقنية (الأنابيب) لتمكين الجراح من الوصول إلى داخل البطن وضخ الغاز.قد يتطلب ذلك جراحة أخرى.
- من النادر أن يسبب الغاز الذي يتم ضخه داخل التجويف البطني مضاعفات للقلب والتنفس . يحدث ذلك مع مريض واحد من بين كل 100 مريض . قد يهدد ذلك حياة المريض.
- نزيف عميق في التجويف البطني قد يستدعي إعطاء سوائل لتعويض الدم الفاقد أو جراحة أخرى.
- ضرر للمريء مما قد يسبب التهاب في الصدر. قد يتطلب ذلك جراحة أخرى.
- قد يحدث ضرر للأمعاء مما قد يسبب تسرباً لسوائل الأمعاء. قد يتطلب ذلك جراحة أخرى.
- ضرر للطحال . في هذه الحالة ستكون هناك حاجة لاستئصاله.
- عند المرضى الذكور بشكل خاص ،قد تكون هناك صعوبة في إدرار البول بعد الجراحة ، مما قد يتطلب وضع أنبوب (قسطرة بولية) في المثانة.
- الإصابة التهاب كتجمعات للصديد في التجويف البطني مما قد

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

abdominal cavity. This may need surgical drainage.

- The bowel movement may be paralysed or blocked after surgery and this may cause building up of fluid in the bowel with bloating of the abdomen and vomiting. Further treatment may be necessary for this.
- Difficulty in swallowing, belching and vomiting after the operation. This is irreversible.
- Damage to the vagus nerve, which can delay stomach emptying. This may require further surgery.
- Sometimes adhesions (bands of scar tissue) develop in the abdominal cavity and the bowel may block - this is a short and long-term complication, which may require further surgery. There may be a recurrence of the problem despite adequate surgery.
- In some people healing of the wounds may be abnormal and can be thickened, red and may be painful
- 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.)

_____

يتطلب تفريغ الصديد جراحياً .

- قد تصاب حركة الأمعاء بالانسداد أو الشلل بعد العملية مما يسبب تراكم السوائل في الأمعاء وانتفاخ للبطن وتقيؤ. قد يتطلب الأمر علاج آخر.
- صعوبة في البلع ، التجشؤ والقيء بعد العملية . هذه الأعراض غير قابلة للعلاج ولن يكون بالإمكان التخلص منها.
- ضرر للعصب المبهم مما قد يسبب تأخير في إفراغ المعدة. قد يتطلب ذلك جراحة أخرى.
- أحياناً ، قد تتكون التصاقات (أحزمة من الأنسجة المتندبة) في التجويف البطني وقد تسبب انسداداً للأمعاء. هذه من المضاعفات التي تحدث على المدى القريب و البعيد وقد تتطلب حلاً جراحياً. قد تعود هذه المشكلة للظهور بالرغم من القيام بالإجراء الجراحي المناسب.
- عند بعض المرضى ، يحدث التئام الجرح بشكل غير طبيعي ، فقد يكون سميكاً ويصبح لونه أحمر وقد يكون مؤلماً.
- عند المدخنين تزداد عدوى الجرح والصدر ومضاعفات القلب والرئة والتخثرات الدموية.

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

_____
_____
_____
_____
_____

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 .

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

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**

☐ **Reflux Operation – Laparoscopic**

- 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.

- احتمالية اخذ 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 المعلومات التالية:

☐ **نوعية التخدير المقدم لي**

☐ **جراحة علاج الارتجاع المعدي المريئي – استخدام المنظار**

- 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 :.....الوقت:.....

المرضى الغير قادرين على إعطاء الإقرار

يتم الحصول على الإقرار من قبل شخص/ أشخاص بديل مناسب ينوب عنه ويملك المقدرة على اتخاذ القرار على النحو الموضح أدناه.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Name of Substitute

Decision Maker/s: .....

Signature: .....

Relationship to patient: .....

Date:……Time: .....

Contact No: .....

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:……Time: .....

Witnesses (for the above signature)

1) Name:_____ Signature: _____

Date: _____ Time: _____

2) Name:_____ Signature: _____

Date: _____ Time: _____

اسم من ينوب/ينوبون

عن المريض في اتخاذ القرار :.....

التوقيع :.....

صلته بالمريض :.....

التاريخ :.....الوقت:.....

رقم الإتصال:.....

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 :.....الوقت:.....

توقيع الشهود :

1) الإسـم: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____ الوقت : _____

2) الإسـم: _____ التاريخ: _____

التوقيع: _____ الوقت : _____