المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

**Cerebral Angiogram, Aneurysm Coiling, Flow Diverter**

**A. Interpreter / Cultural Needs**

An Interpreter Service is required? ☐ Yes ☐ No

If *Yes*, is an Interpreter present? ☐ Yes ☐ No

**B. Condition and treatment**

The following will be performed. (Doctor/doctor delegate to document - include site and/or side where relevant to the procedure)

_____

_____

A cerebral angiogram is a diagnostic procedure to visualize the vessels of the brain by introducing a catheter into the cerebral artery & injecting contrast media.
The findings of the cerebral angiogram will determine if further intervention is required e.g.

Coiling (or embolisation) is where tiny coils of soft metal thread are used to block off the blood flow in the aneurysm.

Coils are inserted into the aneurysm the blood inside the aneurysm clots and prevents any more blood entering it. This reduces the chance of the aneurysm bursting or bleeding. The coils stay in for life.

Depending on the shape of your aneurysm a Flow Diverter may be required. This is a small metal mesh tube that is placed in the artery to help hold the coils inside your aneurysm and prevent them from falling out. Aneurysms that have wide necks usually need a stent. If used, the Flow Diverter also stays in for life.

This procedure will require the injection of a local anaesthetic and a general anaesthetic.

**C. Risks of this procedure**

In recommending the Coiling of Intracranial Aneurysm, the doctor believes the benefits to you from having this procedure exceed the risks involved.
The risks and complications with this procedure can include but are not limited to the following.

**Common risks and complications include:**

- Minor pain, bruising and/or infection from the IV cannula. This may require treatment with antibiotics.
- Pain or discomfort at the puncture site. This may require medication.
- Bleeding or bruising may occur. This is more common if you take Aspirin, Warfarin, Clopidogrel (Plavix and Iscover) or Dipyridamole (Persantin and Asasantin).
- Failure of local anaesthetic which may require a further injection of anaesthetic or a different method of anaesthesia may be used.
- Nerve damage is usually temporary, and should get better

**إغلاق الأوعية الدموية المتمددة داخل الجمجمة**

**أ. المترجم / الاحتياج الثقافي**

هل توجد خدمة الترجمة؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل يتوفر مترجم مؤهل ؟ تعم ☐ لا ☐

**ب . الإجراء والعلاج**

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

_____

_____

إجراء إغلاق الأوعية الدموية المتمددة هو إجراء تشخيصي لتصوير أوعية الدماغ عن طريق إدخال أنبوب القسطرة داخل الشريان الدماغي وحقنه بالصبغة.
نتائج إجراء إغلاق الأوعية الدموية المتمددة ستحدد مدى حاجة المريض لتدخل طبي آخر.
في إجراء إغلاق (سد)الأوعية الدموية المتمددة داخل الجمجمة يتم استخدام خيوط معدنية لولبية صغيرة ورقيقة لإغلاق تدفق الدم إلى المنطقة المتمددة من الوعاء الدموي.

يتم إدخال هذه الخيوط داخل التمدد الوعائي مما يسبب تخثر الدم داخل التمدد الوعائي و يوقف تدفق المزيد من الدم إلي داخل التمدد ،وهذا يقلل من فرص انفجار هذا التمدد الوعائي وحدوث النزيف. تظل هذه الخيوط اللولبية مدى الحياة.

بناء على شكل التمدد الوعائي ، فقد تكون هناك حاجة لدعامة. الدعامة هي شبكة معدنية صغيرة على شكل أنبوب يتم وضعها في الشريان للمساعدة في تثبيت الخيوط المعدنية اللولبية في مكانها داخل التمدد الوعائي ومنع سقوطها. التمدد الوعائي الذي له عنق (فتحة) واسعة غالباً ما يتطلب وضع دعامة. في حالة وضع الدعامة ، فإنها تبقى مدى الحياة.

سيتطلب القيام بهذا الإجراء إعطائك حقنة مخدر موضعي وكذلك استخدام التخدير الكلّي.

**ج . مخاطر الإجراء**

لقد أوصى طبيبك بإغلاق الأوعية الدموية المتمددة داخل الجمجمة ،ويرى أن فوائد هذا الإجراء بالنسبة لك تفوق مخاطره . هناك مخاطر ومضاعفات مرتبطة بهذا الإجراء ، وهي تشمل ، ولكنها غير محصورة في :

**مخاطر ومضاعفات شائعة وتشمل :**

- ألم بسيط ، كدمة و/أو عدوى عند منطقة دخول الإبرة الوردية . قد يتطلب المعالجة بمضادات حيوية.
- ألم أو الشعور بعدم الراحة في منطقة دخول القسطرة . قد يتطلب ذلك المعالجة بالأدوية.
- حدوث نزيف أو كدمة . يحدث ذلك بشكل أكثر شيوعاً عند من يتناولون أدوية الوارفرين،الأسبرين،كلوبيدوجريل(بلافيكس أو اسكوفير) أو عقار دايبايرداموال(بيرسانتن أو اساسانتن) .
- فشل في عمل المخدر الموضعي مما قد يتطلب إعطاء حقنة أخرى من المخدر، أو استخدام اسلوب تخدير آخر.
- ضرر لعصب . عادةً ما يكون ذلك مؤقتاً ، ومن المفترض تحسنه مع

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

over a period of time. Permanent nerve damage is rare.

**Less common risks and complications include:**

- Infection, requiring antibiotics and further treatment.
- Rupture of the aneurysm causing bleeding in the brain. This can lead to stroke or stroke like complications which can cause weakness in the face, arms and legs. This could be temporary or permanent.
- Stroke caused by constricted blood vessels, blood clots or ruptured artery. This can cause weakness in the face, arms and legs. This could be temporary or permanent.
- Damage to surrounding structures such as blood vessels, organs and muscles, requiring further treatment.
- A blood clot or excessive bleeding from the puncture site. This may require other treatment and/or corrective surgery.
- An allergy to injected drugs, requiring further treatment.
- Over time, the compressed coils may cause the aneurysm to reform. This may require further coiling or surgical procedure.
- The procedure may not be possible due to medical and/or technical reasons.

**Rare risks and complications include:**

- An increased lifetime cancer risk due to the exposure to x-rays.
- Skin burns or damage from exposure to x-rays.
- Incomplete coiling of your aneurysm. This may require further coiling procedures.
- Seizures and/or cardiac arrest due to local anaesthetic toxicity.
- Death as a result of this procedure is possible.

**D. Risks of Iodinated Contrast for Patients with renal impairment**

**Specific Risks** of Iodinated Contrast to patient's identified as having Renal Impairment.

- Giving the Contrast to people with weakened kidneys (renal impairment), can cause further kidney damage, which may in turn cause the kidneys to stop working properly (acute renal failure).

**E. Patient Consent**

I acknowledge that the doctor/doctor delegate has explained the proposed procedure.

I understand:

- The risks and complications, including the risks that are specific to me.
- The sedation/anaesthetic required for this procedure. I understand the risks, including the risks that are specific to me.
- That no that no guarantee has been made that the procedure will improve my condition even though it has been carried out with due professional care.
- If immediate life-threatening events happen during the procedure, they will be treated based on my discussions with the doctor/doctor delegate or my Acute Resuscitation

الوقت . من النادر حدوث ضرر دائم للعصب.

**مخاطر ومضاعفات أقل شيوعاً ، وتشمل:**

- عدوى تتطلب مضادات حيوية وعلاجات أخرى.
- تمزق التمدد الوعائي مسبباً نزيف في المخ. قد يسبب ذلك سكتة دماغية أو مضاعفات مشابهة لتلك الناتجة عن السكتة الدماغية . قد يسبب ذلك ضعف في الوجه ، الذراعين والساقين. قد يكون ذلك بشكل مؤقت أو دائم.
- سكتة دماغية بسبب انقباض الأوعية الدموية ، تخثر دموي أو تمزق الشريان . قد يسبب ذلك ضعف في الوجه ، الذراعين والساقين. قد يكون ذلك بشكل مؤقت أو دائم.
- ضرر للأنسجة المحيطة كالأوعية الدموية ، الأعضاء الأخرى والعضلات وتتطلب معالجات أخرى.
- خثرة دموية أو نزيف مفرط من منطقة دخول القسطرة . قد يتطلب ذلك معالجات أخرى و/أو جراحة تصحيحية.
- رد فعل تحسسي لأي من الأدوية المعطاة . يتطلب ذلك علاجات أخرى.
- مع الوقت ، قد يعود التمدد الوعائي للتشكل وقد يتطلب ذلك وضع خيوط معدنية أخرى أو إجراء جراحي.
- قد لا يكون القيام بالإجراء ممكناً لأسباب طبية و / أو فنية(تقنية).

**مخاطر ومضاعفات نادرة الحدوث** ، وتشمل:

- زيادة مخاطر الإصابة بالسرطان خلال حياة المريض بسبب التعرض للأشعة السينية.
- حروق أو ضرر يصيب الجلد بسبب التعرض للأشعة السينية.
- عدم القدرة على إغلاق التمدد الوعائي بشكل كامل، مما قد يتطلب إجراء إغلاق آخر للتمدد الوعائي.
- تشنجات و/أو سكتة قلبية بسبب سميّة المادة المستخدمة في التخدير الموضعي.
- الوفاة محتملة بسبب هذا الإجراء.

**د . مخاطر الصبغة المعالجة باليود عند المرضى المصابين باعتلال عمل الكلى.**

**المخاطر المحددة** لمادة الصبغة المعالجة باليود عند المرضى المصابين باعتلال عمل الكلى.

إعطاء مادة الصبغة لمرضى يعانون من ضعف عمل الكلى قد يسبب أضراراً إضافية للكلى ، مما قد يسبب توقف الكلى عند العمل بشكل صحيح (فشل كلوى حاد).

**هـ . إقرار المريض**

أقر بأن الطبيب\ من ينوب عن الطبيب قد شرح لي الإجراء المقترح :

إنني على علم بما يلي :

- المخاطر والمضاعفات بما في ذلك المخاطر الخاصة بحالتي الصحية.
- التخدير \ الدواء المسكن المطلوب لهذا الإجراء. أقر بأنني أتفهم المخاطر بما في ذلك المخاطر الخاصة بحالتي الصحية.
- عدم تقديم أي ضمانات لي بأن الإجراء سيؤدي إلى تحسن حالتي المرضية بالرغم من أن الإجراء سيتم بمهنية عالية.
- 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

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Plan.

- A doctor/doctor delegate undergoing further training may be present at this procedure.
- 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.
- I understand that International Medical Center may release my relevant de-identified information obtained from this and related procedures for education and training of health professionals.

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

Signature: .....

Date: .....

**F. Doctor/delegate statement**

I have explained to the patient all the above points under:
☐ the Patient Consent section (E)
☐ Iodinated Contrast – Patients with Renal Impairment Section (D) (for renal impaired patients only).

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 signatures)**

1) Name:_____ Signature:_____

Date: _____ Time:_____

2) Name:_____ Signature:_____

Date: _____ Time:_____

الطبيب منخرط في برنامج تدريبي متقدم.

- 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.
- أن المركز الطبي الدولي قد يستخدم المعلومات الطبية المتحصلة من حالتي المرضية وفحوصاتي الطبية لأغراض التعليم والتدريب الطبي للممارسين الصحيين ،وذلك دون الكشف عن هويتي.

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

التوقيع :.....

التاريخ :.....

**و . بيان الطبيب / مندوب الطبيب**
لقد شرحت للمريض كل النقاط المذكورة سابقاً ضمن:

☐ قسم إقرار المريض (هـ)
☐ الصبغة المعالجة باليود عند المرضى المصابين باعتلال عمل الكلى (القسم "د") فقط للمرضى المصابين باعتلال عمل الكلى.

وأنني أرى أن المريض \ من ينوب عن المريض في اتخاذ القرار قد فهموا جميع المعلومات المتعلقة.

اسم الطبيب/ مندوب الطبيب:.....

طبيعة الإنابة :.....

التوقيع :.....

التاريخ:.....

**توقيع الشهود** :

1) الإسم: _____ التاريخ: _____
التوقيع: _____ الوقت : _____

2) الإسم: _____ التاريخ: _____
التوقيع: _____ الوقت : _____