المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Upper Gastrointestinal Endoscopy

تنظير الجهاز الهضمي العلوي

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:

An upper gastrointestinal (GI) endoscopy is where the doctor uses an instrument called an endoscope to look at the inside lining of your oesophagus (food pipe), stomach and duodenum (first part of the small intestine). This is done to look at reasons as to why you may have swallowing problems, nausea, vomiting, reflux, bleeding, indigestion, abdominal pain or chest pain.

This procedure may or may not require a sedation anaesthetic.

C. Risks of an upper gastrointestinal endoscopy +/- sedation

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

Common risks and complications include:

- Nausea and vomiting.
- Faintness or dizziness, especially when you start to move around.
- Headache.
- Pain, redness or bruising at the sedation injection site (usually in the hand or arm).
- Muscle aches and pains.
- Allergy to medications given at time of the procedure.

Uncommon risks and complications include:

- About 1 person in every 1,000 will experience bleeding from the oesophagus (food pipe), stomach and duodenum where a lesion or polyp was removed. This is usually minor and can usually be stopped through the endoscope. Rarely, surgery is needed to stop bleeding.
- Heart and lung problems such as heart attack or vomit in the lungs causing pneumonia. Emergency treatment may be necessary.
- Damage to your teeth or jaw due to the presence of instruments in your mouth.
- An existing medical condition that you may have getting worse.

أ. المترجم / الاحتياج الثقافي

هل توجد حاجة لخدمات الترجمة ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، فهل يتوفر مترجم حاضر ؟ 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 التالي:

(يقوم الطبيب بالتوثيق – يشمل ذلك موضع و/ أو الجهة المتعلقة بالإجراء)

_____

_____

سيتم القيام بالتالي :

تنظير الجهاز الهضمي العلوي هو الإجراء الذي يستخدم فيه الطبيب أداة تسمى المنظار لرؤية البطانة الداخلية للمريء ، المعدة ، والإثنى عشر (الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة). يتم القيام بهذا الإجراء لمعرفة سبب ما قد تشعر به من مشاكل في البلع ، غثيان ، قيئ ، ارتجاع محتويات المعدة إلى المريء، نزيف ، عسر في الهضم ، ألم في البطن أو الصدر.

هذا الإجراء قد ، أو قد لا يتطلب إعطاء دواء تخدير مسكّن.

ج. مخاطر تنظير الجهاز الهضمي العلوي + \ - الدواء المسكن

لهذا الإجراء مخاطر ومضاعفات وتشمل ، ولكنها غير مقتصرة على :

مخاطر ومضاعفات شائعة وتشمل **:**

- غثيان وقيئ.
- إغماء أو دوخة خاصةً بعد البدء في ممارسة الحركة.
- صداع.
- ألم ، احمرار أو كدمة في موضع حقن المخدر(عادةً في اليد أو الذراع).
- أوجاع وألم في العضلات.
- تفاعل تحسسي للأدوية التي أعطيت أثناء القيام بالإجراء.

مخاطر ومضاعفات غير شائعة وتشمل **:**

- عند تقريباً مريض واحد من بين كل 1000 مريض ، يحدث نزيف من المريء ، المعدة والإثنى عشر في الموضع الذي تم فيه إزالة مرض أو ورم (السليلة المخاطية). عادةً ما يكون النزيف محدوداً و يمكن إيقافه باستخدام المنظار. من النادر أن تكون هناك حاجة لجراحة لإيقاف النزيف.
- مشاكل في القلب والرئة كالأزمة القلبية أو دخول المادة المتقيئة إلى الرئة مسببةً التهاباً رئوياً حيث يتطلب ذلك معالجة طارئة.
- ضرر يصيب الأسنان أو الفك بسبب وجود أدوات الإجراء داخل الفم.
- تفاقم أي مشكلة طبية أخرى يعاني منها المريض.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

Rare risks and complications include:

- Missed polyps or growths.
- About 1 person in every 5,000 will accidentally get a hole (perforation) in the oesophagus,stomach or duodenum. This can cause a leak of stomach contents into the abdomen. If a hole is made, you will be admitted to hospital for further treatment which may include surgery.
- Your procedure may not be able to be finished due to problems inside your body or because of technical problems.
- Bacteraemia (infection in the blood). This will need antibiotics.
- 'Dead arm' type feeling in any nerve, due to
- positioning with the procedure – usually temporary.
- Anaphylaxis (severe allergy) to medication given at the time of procedure.
- Death as a result of complications to this procedure is rare.

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. 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.
- 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.
- 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.

مخاطر ومضاعفات نادرة الحدوث وتشمل:

- عدم التنبه لوجود نمو غير طبيعي في الأنسجة أو لورم (السليلية المخاطية).
- عند مريض واحد من بين كل 5000 مريض ، يحدث بالخطأ انثقاب للمريء ، المعدة أو الإثنى عشر ، مما قد يسبب تسرب محتويات المعدة إلى البطن . إذا حدث الانثقاب ، يتم تنويم المريض في المستشفى لإعطاء معالجات أخرى قد يكون من ضمنها إجراء جراحة.
- قد لا يكون من الممكن إنهاء الإجراء بسبب مشاكل في جسم المريض أو بسبب مشاكل فنية (تقنية).
- بكتيريا في الدم (عدوى في الدم). يتطلب ذلك مضادات حيوية.
- الذراع الميت" شعور يحدث لأي عصب نتيجة تضرره بوضعية المريض أثناء الإجراء. عادةً يكون مؤقتا.
- الحساسية المفرطة (حساسية شديدة) بسبب الأدوية المعطاة أثناء الإجراء.
- الوفاة نادرة بسبب مضاعفات هذا الإجراء.

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 . 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.
- 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 .
- 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.

المركز الطبي الدولي
International Medical Center

Patient's Name : _____

MRN : _____

DoB: _____

I have been given the following Patient Information Sheet/s:

☐ **Upper Gastrointestinal Endoscopy**

- 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.

Name of Substitute

Decision Maker/s: .....

Signature:.....

Relationship to patient: .....

Date:..... Time:……

Contact No :.....

G. 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: _____

لقد تم إعطائي مستندات وأوراق المعلومات التالية:

☐ **تنظير الجهاز الهضمي العلوي**

- 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 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:……..……..…… الوقت:.....

رقم الإتصال :……..

ز . بيان الطبيب / مندوب الطبيب

لقد شرحت للمريض كل النقاط المذكورة سابقاً في قسم إقرار المريض (و) ، 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 : _____