

Informed consent for TRUS Biopsy

مطاعم رضامندی برائے آپریشن

Particulars:

Rank/CNE (عہدہ/سول): _____

Army/Hospital No (آرمی/ہسپتال نمبر): _____

Name (نام): _____

Date of Birth (تاریخ پیدائش): _____

Address (آدرس): _____

Name of the procedure (آپریشن کا نام): _____

Diagnosis & Intended benefit (مکمل فائدہ): _____

Additional procedures if required (اضافی عمل اگر ضرورت ہو): _____

Type of Anesthesia : General Anesthesia

Introduction:

To examine prostate cancer, a biopsy of the prostate is performed through rectum. According to the biopsy report, you are told about the disease and possible treatment options.

Test:

Ultrasound guided instrument is introduced through rectum to examine prostate and a special needle is used to anaesthetize and collect 10-12 biopsy samples. The duration of the procedure varies from 20-30mins. The patient is usually sent home after recovery. In case of general anesthesia the patient is kept in the hospital for 24 hrs

Must inform doctor about following before procedure:

- Do you have any artificial device in your body such as body implants, stent or heart valves.
- Are you taking any blood thinning medications such as aspirin, warfarin, lowplat or loprin.
- Do you have urinary tract infection

Important instruction after going home:

- There may be bleeding from urethra and rectum. Drink plenty of water. Consult a doctor if you experience continuous bleeding.
- There may be bleeding in semen as well for upto 6 months.
- In case of high fever and persistent blood in the urine, seek emergency medical attention.
- Visit the hospital again with the histopathological report of the prostate.
- Be sure to use antibiotics for 5 days after the test.
- In case of urinary retention, a catheter may be needed.

تعارف:

پر اسٹیٹ (غدوں کا) کینسر کا معانیہ کرنے کے لئے بڑی آنت کے آخری حصے کے ذریعہ پر اسٹیٹ کی بائیو پپی (Biopsy) کی جاتی ہے۔ بائیو پپی کی روپرٹ کے مطابق آپ کو پر اسٹیٹ کی بیماری اور اس کے ممکنہ علاج کے بارے میں تفصیل بتایا جاتا ہے۔

ٹیسٹ:-

الٹراساؤنڈ سے جزا ایک آلہ مریض کے ریکٹ (یعنی بڑی آرت کے آخری حصے) میں ڈال کر (غدوں) کا معانیہ کیا جاتا ہے اور اس آرت کے ذریعے ایک خاص سوئی کی مدد سے غدوں کو سن کر کے 10-15 باریک ٹکڑے لئے جاتے ہیں۔ یہ سارا عمل تقریباً بیس منٹ سے آدھے گھنٹے کا ہوتا ہے۔ مریض کو عموماً ٹیسٹ کے بعد گھر بھیج دیا جاتا ہے۔ مکمل بے ہوشی ملنے کی صورت میں چوبیں گھنٹے تک مریض کو ہسپتال میں رکھا جاتا ہے۔

ٹیسٹ سے پہلے ڈاکٹر کو پتانا ضروری ہے:-

آپ کے جسم میں کوئی مصنوعی آلات موجود ہو جیسا کہ (Body Implant)

(Stent, Heart Valves)

آپ خون پتلا کرنے والی ادویات استعمال کرتے ہوں جیسا کہ (Aspirin,

Loprin, Lowplat, Warfarin وغیرہ۔

آپ کو پیشاب کا فونکیشن ہو

گھر جانے کے بعد کی ضروری ہدایات:-

چند دن چھوٹے اور بڑے پیشاب کے راستے خون آسکتا ہے۔ زیادہ پانی پیش مسلسل خون آنے کی صورت میں ڈاکٹر سے رجوع کریں۔

چھ مہینے تک Semen (منی) میں بھی خون آسکتا ہے۔

خون تیز بخار اور پیشاب میں مسلسل خون کی صورت میں ایک جنی میں دکھائیں۔

Histopath (غدوں کی لیب روپرٹ) کے ہمراہ ہسپتال میں دوبارہ تشریف لاکیں۔

ٹیسٹ کے بعد 5 دن تک اینٹی بائیو نک ضرور استعمال کیجئے۔

پیشاب بند ہونے کی صورت میں نکلی ڈالنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

عام خطرات / پچیدگیاں:

درد جسکے لئے مزید علاج درکار ہو۔

خون کا ضایع جس کے لئے خون یا آپریشن کی ضرورت ہو۔

جلد یا پیٹ کے اندر کا نفیکش جس کے لئے مزید علاج کی ضرورت ہو۔

نشانات (جلد / پیٹ کے اندر ورنی اور آسٹنجن)۔

ٹانگوں اور پھیپھڑوں کی نسوان میں خون کا ہمنا۔

سانس یا دل کا کوئی مسئلہ جس کے لئے اضافی علاج درکار ہو۔

انتہائی گمبد اشت میں قیام۔

- Pain (acute or chronic) requiring further treatment.
- g. Bleeding requiring transfusion or operative hemostasis.
- h. Surgical Site Infection requiring further intervention.
- i. Scarring (Skin and intra-abdominal causing adhesions and pain)
- j. Blood clots in the leg and the lungs (DVT/ PE).
- k. Breathing and heart problems requiring ventilation and cardiac support.
- l. Intensive Care Unit stay.

Consultant Surgeon/ Registrar Surgery (جراح) :-

Name (نام): _____

Job Title (عہدہ): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

(مریض کی اجازت) :-

- m. I acknowledge that the doctor has explained. میں مانتا ہوں کہ ڈاکٹر نے تفصیل سے بتا دیا ہے۔
- n. My medical condition and the proposed procedure, including میری طبی حالت اور اس کا طے شدہ آپریشن، اور ڈاکٹر کو کچھ غیر متوقع ملنے کی صورت میں اضافی علاج۔
- o. The risks, including the risks that are specific to me. خطرات، اور وہ خطرات جو میرے لئے خصوصی ہیں۔
- p. The other relevant treatment options and their associated risks. دوسرے متعلقہ آپریشن / علاج کے طریقے اور ان کے خاص خطرات۔
- q. Any hair required to be removed for the operation may be removed. آپریشن کے لئے جو مناسب سمجھا جائے بال کے کاشنے کی اجازت۔
- r. My prognosis, the risks of not having the procedure and chances of میری بیماری کے صورت حال، آپریشن نہ کرنے کے نقصانات، اور آپریشن مکمل نہ ہونے کے امکانات۔
- s. That there is no guarantee that the procedure will improve my یہ کہ اس بات کی کوئی ضمانت نہیں کہ آپریشن سے میرے حالت بہتر ہو گی condition even though it has been carried out with due professional care. حالانکہ آپریشن پورے پیشہ و رانہ احتیاط سے کیا گیا ہے۔
- t. The procedure may include a blood transfusion. اس آپریشن کے لئے خون کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- u. Tissues and blood may be removed and could be used for diagnosis جسم کے ٹکڑے اور خون کو میری بیماری کی تشخیص اور علاج کے لئے نکالا، or management of my condition, stored, and disposed of sensitively اکٹھا کیا، اور ہسپتال کے ذریعے ضائع کیا جاسکتا ہے۔
- v. That if immediate life-threatening events happen during the یہ کہ اگر آپریشن کے دوران کوئی جان لیوا پچیدگی ہوتی ہے تو اس کا علاج procedure, they will be treated based on my discussions with the میرے تیز بحال کے لئے میرے ڈاکٹر کی مشاورت کے سے کیا جاتا ہے۔ doctor or my acute resuscitation plan.
- w. That a doctor other than the consultant may conduct the procedure. I یہ کہ ڈاکٹر کی تربیت حاصل کرنے والا ڈاکٹر ہو سکتا ہے۔ understand this could be a doctor undergoing training.
- x. I was able to ask questions and raise concerns with the doctor about میں اپنی حالت کے بارے میں سوال کر سکتا تھا، میرے مکانہ آپریشن اور اس my condition, the proposed procedure and its risks, and my treatment کے خطرات اور میرے علاج کے طریقے۔ میرے سوالات کے جواب options. My questions and concerns have been discussed and دیے گئے۔ answered my satisfaction.

y. 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.

z. That images or video footage may be recorded as part of and during my procedure and that these images or videos will assist the doctor to provide appropriate treatment/ educational and research purpose & will be reproduced for educational and research purpose. However, personal identity will be kept confidential.

مجھے حق ہے کہ میں اپنا فیصلہ کسی بھی وقت تبدیل کر سکتا ہوں، اس فارم پر دستخط کے باوجود، لیکن اپنے ڈاکٹر سے مشورہ کے بعد۔

میرے آپریشن کے دوران ویڈیو اور تصاویر بنائی جاسکتی ہیں جو کہ ڈاکٹر کو مناسب علاج / تعلیمی اور تحقیقی مقاصد میں مدد کریگا اور تعلیمی اور تحقیقی مقاصد کے لئے دوبارہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ تاہم مریض کی شناخت مخفی رہے گی

On the basis of these statements I am willing to undergo the above mentioned procedure.

مندرجہ بالا تحریر کے تحت میں اس آپریشن کی گزارش کرتا ہوں۔

Name of Patient (مریض کا نام): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

CNIC No (شناختی کارڈ نمبر): _____

Special Consent for Limb Amputation (if required)

جسم کے بازو یا ہاتھ کاٹنے کی اجازت (اگر ضرورت پڑے)

I completely understand that my _____ will be amputated and I have no objection in this regard.

کافی جائے گی اور مجھے اس سلسلے سے کوئی اعتراض نہیں ہے۔

Name (نام): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

Relationship (رشتہ): _____

Interpreter (if required) / Translation (اگر ضرورت پڑے) /

I have interpreted the information above to the patient to the best of my ability and in a way which I believe he/ she understands.

میں نے اپنی بہترین صلاحیت کے تحت اپریشن کی معلومات مریض کو آسان الفاظ میں بیان کر دیئے ہیں۔

Name (نام): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

Relationship (رشتہ): _____

Patient's delegate (for patients under 18 years or if patient lacks capacity to consent and husband in case of obstetric patients).

مریض کا سرپرست (18 سال سے کم عمر یا جو مریض خود فیصلہ کرنے کی صلاحیت نہ رکھ سکے اور شوہر ذچہ و پچہ کہ مریضوں کی صورت میں)۔

Name (نام): _____

Signature (دستخط): _____

Date (تاریخ): _____

Relationship (رشتہ): _____

CNIC No (شناختی کارڈ نمبر): _____

Witness from Patients side (مریض کا گواہ)

Name (نام): _____

Signature (دستخط): _____

Date (تاریخ): _____

Relationship (رشتہ): _____

CNIC No (شناختی کارڈ نمبر): _____

