

Informed consent for TURP

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:

TURP is commonly performed to relieve urinary obstruction and 70–90% of men are relieved of their pain through his operation. In this treatment, the enlarged prostate is removed under the guidance of a camera. The procedure takes about 45–90 mins. The patient is hospitalized for about a few days. After this operation, the urinary catheter is kept for a few days so that no blood clots remain inside the bladder after the urinary catheter is removed, there may be a slight amount of blood in the urine. Some people may complain of frequent urination and weak urinary control. All these discomforts heal on their own within a few weeks. No need to worry about them.

Post-operative Precautions:

Drink plenty of water to keep your wine color clear.

Avoid heavy lifting, driving and intimacy/ sexual intercourse for at least two weeks.

Alternative Treatment:

Treatment with medication, future urinary catheterization or surgical removal of the gland.

General common risks/ complications:

Pain (acute or chronic) requiring further treatment.

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

تعارف:

پیشاب کی رکاوٹ دور کرنے کیلئے عام طور پر TURP کا عمل کیا جاتا ہے اور تقریباً 70-75 فیصد مرد حفاظت اس آپریشن کے ذریعے تکمیل سے نجات پاتے ہیں۔ اس طریقہ علاج میں بڑھے ہوئے ندود کو کیمرے کے ذریعے دیکھتے ہوئے نکال دیا جاتا ہے۔ اس عمل میں تقریباً 45 سے 90 منٹ لگتے ہیں۔

مریض کو تقریباً چند دن ہسپتال میں ٹھہرنا پڑتا ہے۔ اس آپریشن کے بعد پیشاب کی ملکی چند دن تک رکھی جاتی ہے تاکہ مثلاً کے اندر کوئی خون کا لو تھراہنا رہ جائے۔ پیشاب کی ملکی نکالنے کے بعد پیشاب میں قواریہ بہت خون آنے کا اختلال ہو سکتا ہے۔ بعض لوگوں کو پیشاب بار بار آنے کی شکایت ہو سکتی ہے۔ کچھ لوگوں کو پیشاب کا کثرہ و بھی کمزور محسوس ہو سکتا ہے۔ یہ تمام تکلفات چند ہفتوں میں خود پر خود ٹھیک ہو جاتی ہیں۔ ان سے پریشان ہونے کی کوئی ضرورت نہیں۔

آپریشن کے بعد کی احتیاطی تدابیر:-

پیشاب کا رنگ صاف رکھنے کیلئے ذیادہ سے ذیادہ مانی پین۔

آپریشن کے بعد کم از کم دو ہفتے تک بھاری وزن اٹھانے، ڈرائی گگ اور مہارت / ہبستری سے گریز کریں۔

تمادل علاج:-

دوا یوں کے ذریعے علاج، مستقبل پیشاب کی ملکی ڈالنیا چیر الگ کر غدوں نکالنا۔

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 نفکش جس کے لئے مزید علاج کی ضرورت ہو۔

نشانات (جلد / پیٹ کے اندر وہنی اور آسخنی)۔

ٹانگوں اور پھیپھڑوں کی نسول میں خون کا جنم۔

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

انہائی مگداشت میں قیام۔

Common specific risks/ complication (Occurring more than 1%):

g.		%100	خصوصی خطرات / پچیدگی (1% سے زیادہ): عارضی طور پر پیشab کی جلن اور بار بار پیشab کا آنا
h.	Absence of semen	65-75%	منی کا خارج نہ ہوتا
i.	No urine flow, need for urinary catheterization for shorter or longer periods of time.	2-10%	پیشab جاری نہ ہوتا / دوبارہ تھوڑے / لمبے عرصے کے لیے تکلیف کے استعمال کی ضرورت پیش آندا
j.	Permanent penile flaccidity	2-10%	عضو تناسل کا مستقل ڈھیلائپن
k.	Stricture/ constriction of urethra	2-10%	پیشab نالی کی تنگی
l.	Persistent bleeding which may require blood transfusions or repeat camera assisted surgery.	2-10%	مسلسل خون آنا جس کے بعد خون لگوانے کی ضرورت پڑ سکتی ہے یا دوبارہ / ایکرے کے ذریعے آپریشن کی ضرورت پڑ سکتی ہے
m.	TURP syndrome (Dizziness, hawsea, change in consciousness)	0.4-2%	TURP Syndrome (پکر آنا، مٹلی آنا، حوش و ہواں میں تبدیلی آنا)
n.	Need to repeat surgery within ten years	2-10%	دس سال کے عرصے میں دوبارہ آپریشن کی ضرورت پڑنا
o.	Mortality rates	%0.2	اموات کی شرح
p.	Loss of urinary control	0.4-2%	پیشab کا کنٹرول ختم ہوتا
q.	Persistence of all/ some symptoms even after surgery	10-50%	آپریشن کے بعد بھی تمام یا کالیف کا افق نہ ہونا
r.	Any bladder defect discovered during surgery / may requiring treatment	2-10%	آپریشن کے دوران میانے کے کسی نقص کا سامنے آنا / علاج کی ضرورت پڑنا

Consultant Surgeon/ Registrar Surgery (معالج):-

Name (نام): _____ Job Title (عہدہ): _____

Date (تاریخ): _____ Signature (دستخط): _____

(مریض کی اجازت) Patient Consent:-

- s. I acknowledge that the doctor has explained. میں مانتا ہوں کہ ڈاکٹر نے تفصیل سے بتا دیا ہے۔
- t. My medical condition and the proposed procedure, including additional treatment if the doctor finds something unexpected. میری طبی حالت اور اس کا طے شدہ آپریشن، اور ڈاکٹر کو کچھ غیر متوقع ملنے کی صورت میں اضافی علاج۔
- u. The risks, including the risks that are specific to me. خطرات، اور وہ خطرات جو میرے لئے خصوصی ہیں۔
- v. The other relevant treatment options and their associated risks. دوسرے متعلقہ آپریشن / علاج کے طریقے اور ان کے خاص خطرات۔
- w. Any hair required to be removed for the operation may be removed. آپریشن کے لئے جو مناسب سمجھا جائے بال کے کاٹنے کی اجازت۔
- x. My prognosis, the risks of not having the procedure and chances of not completing the procedure. میری پیاری کے صورت حال، آپریشن ناکرنے کے نقصانات، اور آپریشن کامل نہ ہونے کے امکانات۔
- y. That there is no guarantee that the procedure will improve my condition even though it has been carried out with due professional care. یہ کہ اس بات کی کوئی ضمانت نہیں کہ آپریشن سے میرے حالت بہتر ہو گی حالانکہ آپریشن پورے پیشہ و رانہ احتیاط سے کیا گیا ہے۔
- z. The procedure may include a blood transfusion. اس آپریشن کے لئے خون کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- aa. 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. جسم کے تکڑے اور خون کو میری پیاری کی تشخیص اور علاج کے لئے نکالا، اکٹھا کیا، اور ہسپتال کے ذریعے ضائع کیا جاسکتا ہے۔

- bb. That 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.
- cc. That a doctor other than the consultant may conduct the procedure. I understand this could be a doctor undergoing training.
- dd. 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.
- ee. 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.
- ff. 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.

یہ کہ اگر آپریشن کے دوران کوئی جان لیا چکی گی ہوتی ہے تو اس کا علاج میرے تیز بحال کے لئے میرے ڈاکٹر کی مشاورت کے سے کیا جاتا ہے۔

کنسلنٹ کے علاوہ کوئی دوسرا ڈاکٹر بھی میرا آپریشن کر سکتا ہے، میں سمجھتا ہو کہ یہ ڈاکٹری تربیت حاصل کرنے والا ڈاکٹر ہو سکتا ہے۔

میں اپنی حالت کے بارے میں سوال کر سکتا تھا، میرا مکمل آپریشن اور اس کے نظرات اور میرے علاج کے طریقے۔ میرے سوالات کے جواب دیئے گے۔

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 ویدیو 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 ٹانگ 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 (روشنی): _____

Interpreter (if required) / ترجمان (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 اور پر دی گئی معلومات مریض کو آسان الفاظ میں بیان کر دیئے ہیں۔

Name (نام): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

Relationship (روشنی): _____

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

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

Name (نام): _____ Signature (دستخط): _____

Date (تاریخ): _____ Relationship (روشنی): _____ CNIC No (شناختی کارڈ نمبر): _____

Witness from Patients side (مریض کا گواہ)

Name (نام): _____ Signature (دستخط): _____

Date (تاریخ): _____ Relationship (روشنی): _____ CNIC No (شناختی کارڈ نمبر): _____