

## Informed consent for TRUS Biopsy

مطلع رضامندی برائے آپریشن

### Particulars:

Rank/CNE (عہدہ/سول): \_\_\_\_\_

Army/Hospital No (آرمی/ہسپتال نمبر): \_\_\_\_\_

Name (نام): \_\_\_\_\_

Date of Birth (تاریخ پیدائش): \_\_\_\_\_

Address (پتہ): \_\_\_\_\_

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:

پراسٹیٹ (خود کا) کینسر کا معائنہ کرنے کے لئے بڑی آنت کے آخری حصے کے ذریعہ پراسٹیٹ کی بائیوپسی (Biopsy) کی جاتی ہے۔ بائیوپسی کی رپورٹ کے مطابق آپ کو پراسٹیٹ کی بیماری اور اس کے ممکنہ علاج کے بارے میں تفصیلاً بتایا جاتا ہے۔

#### ٹیسٹ:-

الٹراساؤنڈ سے جڑا ایک آلہ مریض کے ریکٹم Rectum (یعنی بڑی آنت کے آخری حصے) میں ڈال کر (خود کا) معائنہ کیا جاتا ہے اور اس آلے کے ذریعے ایک خاص سوئی کی مدد سے خود کو سن کر کے 10-15 بار ایک 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 چوبیس گھنٹے تک مریض کو ہسپتال میں رکھا جاتا ہے۔

ٹیسٹ سے پہلے ڈاکٹر کو بتانا 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 انفیکشن ہو

گھر جانے کے بعد کی ضروری ہدایات:-

چند دن چھوٹے اور بڑے پیشاب کے راستے خون آسکتا ہے۔ زیادہ پانی پینیں 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 ایمر جنسی میں دکھائیں۔ Histopath (خود کو کی لیب رپورٹ) کے ہمراہ ہسپتال میں دوبارہ تشریف لائیں۔ ٹیسٹ کے بعد 5 دن تک اینٹی بائیوٹک ضرور استعمال کیجئے۔ پیشاب بند ہونے کی صورت میں نکلی ڈالنے کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔

## General common risks/ complications:

## عام خطرات / پیچیدگیاں:

- Pain (acute or chronic) requiring further treatment. درد جس کے لئے مزید علاج درکار ہو۔
- g. Bleeding requiring transfusion or operative hemostasis. خون کا ضیاع جس کے لئے خون یا آپریشن کی ضرورت ہو۔
- h. Surgical Site Infection requiring further intervention. جلد یا پیٹ کے اندر کا انفیکشن جس کے لئے مزید علاج کی ضرورت ہو۔
- i. Scarring (Skin and intra-abdominal causing adhesions and pain ) نشانات (جلد / پیٹ کے اندرونی اور آسنجن)۔
- j. Blood clots in the leg and the lungs (DVT/ PE). ٹانگوں اور پھیپھڑوں کی نوسوں میں خون کا جمنا۔
- k. Breathing and heart problems requiring ventilation and cardiac support. سانس یا دل کا کوئی مسئلہ جس کے لئے اضافی علاج درکار ہو
- l. Intensive Care Unit stay. انتہائی نگہداشت میں قیام۔

## Consultant Surgeon/ Registrar Surgery (معالج):-

Name (نام): \_\_\_\_\_ Job Title (عہدہ): \_\_\_\_\_

Date (تاریخ): \_\_\_\_\_ Signature (دستخط): \_\_\_\_\_

## Patient Consent (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 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۔
- 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 کاٹنے کی اجازت۔
- r. My prognosis, the risks of not having the procedure and chances of not completing the procedure. میری بیماری کے صورت حال، آپریشن ناکر آنے کے نقصانات، اور آپریشن مکمل نہ ہونے کے امکانات۔
- s. 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 ہوگی حالانکہ آپریشن پورے پیشہ ورانہ 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 or management of my condition, stored, and disposed of sensitively by the hospital. جسم کے ٹکڑے اور خون کو میری بیماری کی تشخیص اور علاج کے لئے نکالا، اکٹھا کیا، اور ہسپتال کے ذریعے ضائع کیا جاسکتا ہے۔
- v. 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. یہ کہ اگر آپریشن کے دوران کوئی جان لیوا پیچیدگی ہوتی ہے تو اس کا علاج میرے تیز بحالی کے لئے میرے ڈاکٹر کی مشاورت کے سے کیا جاتا ہے۔
- w. That a doctor other than the consultant may conduct the procedure. I understand this could be a doctor undergoing training. کنسلٹنٹ کے علاوہ کوئی دوسرا ڈاکٹر بھی میرا آپریشن کر سکتا ہے، میں سمجھتا ہوں کہ یہ ڈاکٹر تربیت حاصل کرنے والا ڈاکٹر ہو سکتا ہے۔
- x. 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 my satisfaction. میں اپنی حالت کے بارے میں سوال کر سکتا تھا، میرا ممکنہ آپریشن اور اس کے خطرات اور میرے علاج کے طریقے۔ میرے سوالات کے جواب دیئے گئے۔

- 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. 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۔
- 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. میرے آپریشن کے دوران ویڈیو اور تصاویر بنائی جاسکتی ہیں جو کہ ڈاکٹر کو مناسب علاج / تعلیمی اور تحقیقی مقاصد میں مدد کریں گے 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.

میں پوری طرح سے سمجھتا ہوں کہ میری \_\_\_\_\_ کاٹی جائے گی اور مجھے اس سلسلے سے کوئی اعتراض نہیں ہے۔

Name (نام): \_\_\_\_\_ Date (تاریخ): \_\_\_\_\_

Signature (دستخط): \_\_\_\_\_ Relationship (رشتہ): \_\_\_\_\_

#### 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 اوپر دی گئی 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 بچہ 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): \_\_\_\_\_

