

Informed consent for Radical Cystectomy and Ileal Conduit

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:

During this operation, the prostate and its surrounding tissues will be removed and a urinary tract will be created using intestine.

تعارف:

اس آپریشن کے دوران مثانہ کے غددوں / پروستیٹ اور اس کے ساتھ والی چیزوں کو نکال جائے گا اور انتری کو باہر نکال کر پیشاب کاراستہ بنایا جاتا ہے۔

Procedure:

Surgeons remove your bladder, which may also remove areas where cancer has spread. Surgeons use a piece of your small intestine to create an artificial urinary tract. Part of the ileal conduit is attached to a small opening in your abdomen. Your urinary tract is connected to the ileal conduit.

سر جن آپ کی مثانے کو نکالتے ہیں، جس میں وہ مکملہ کینسٹر کے چھیلنے کی جگہوں کو بھی نکال سکتے ہیں۔ صنوعی پیشاب کاراستہ بنانے کے لئے سر جن آپ کے چھوٹے آنت کا ایک ٹکڑا نکالتے ہیں۔ ایلیں کنڈوٹ کا حصہ آپ کے پیٹ کے اوپر ایک چھوٹے سوراخ کے ساتھ منسلک کیا جاتا ہے۔ آپ کے پیشاب کے راستے کو ایلیں کنڈوٹ سے جوڑ دیا جاتا ہے۔

General common risks/ complications (عام خطرات / پچیدگیاں):-

- 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.

درد جسکے لئے مزید علاج درکار ہو۔

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

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

نشتات (جلد / پیٹ کے اندر ونی اور آسٹنجن)۔

ٹانگوں اور پھیپھڑوں کی نسوں میں خون کا حمنا۔

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

انتہائی گجدشت میں قیام۔

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

- Temporary insertion of narial splint/ tube , drain or stent
 - Increased risk of infertility
 - Lack of semen which can lead to infertility
 - Need for blood transfusion
 - Excessive bleeding requiring re surgery
- عام
- "
- "
- "
- کبھی کبھی

خصوصی خطرات / پچیدگی (1% سے زیادہ)

ناک کی نی، ڈرین، سینٹ کامار خصی طور پر داخلہ۔

تاباکتی (انعداد کی کمی) کا زیادہ خطرہ۔

منی کا نا آنا جسکی وجہ سے بانجھ پن ہو سکتا ہے۔

خون لگانے کی ضرورت۔

زیادہ خون نکانا جس کی وجہ سے دوبارہ سرجوں کی ضرورت۔

m.	Cancer may not be eliminated by simply removing the bladder	"	کینسر صرف مثانے کو پہنانے سے شاید ختم نہ ہو۔
n.	Surgical site infection or hernia requiring further treatment	نادر	کٹ لگانے کی وجہ کا جگہ افیکشن یا ہر نیا جس کی وجہ سے مزید علاج کی ضرورت۔
o.	Fainting or heart problems requiring further evaluation (stroke, paralysis, heart attack and death)	"	بیہو شی یادل کے مسائل جو شاید مزید تشخیص کی ضرورت ہو (فالج، جسم کے کسی حصے کا کام ناکرنا، دل کا دورہ اور موت شامل ہیں)۔
p.	Decreased kidney function over time	"	وقت کے ساتھ گردے کی کارکردگی میں کمی۔
q.	Diarrhea / excessive may occur due to intestinal shortening / vitamin deficiency	بہت نادر	آنت کو چھوٹا کرنے / وٹامن کی کمی کی وجہ سے موشن / ذیادہ پاخانے لگ سکتے ہیں۔
r.	Leakage from surgical site requiring further surgery	"	آپریشن والی جگہ کا لیک ہو جانا جس کی وجہ سے دوبارہ آپریشن کیا جاسکتا ہے۔
s.	The need to mark the bowel or ureters requiring further surgery	"	آنٹ یا یوریٹر کو نشان دہانی کرنے کی ضرورت آگے چل کر آپریشن کی ضرورت۔
t.	The stoma open, narrow or hernia that required revision	"	سٹومل کھلا ہونے، تنگ ہونے یا ہر نیا کی تشکیل جس کی وجہ سے نظر ثانی کی ضرورت۔
u.	Damage to the bowel during surgery may result in large intestine being removed from abdomen to create artificial tract for defecation	"	آپریشن کو دوران پاخانے والی جگہ کو نقصان ہونا جسکی وجہ سے بڑی آنت کو پیٹ کے راستے سے باہر نکال کر مصنوعی پاخانے کا راستہ بنایا جاسکتا ہے۔

Consultant Surgeon/ Registrar Surgery (معاٹ):-

Name (نام): _____

Job Title (عہدہ): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

Patient Consent (مریض کی اجازت):-

- v. I acknowledge that the doctor has explained.
 - w. My medical condition and the proposed procedure, including additional treatment if the doctor finds something unexpected.
 - x. The risks, including the risks that are specific to me.
 - y. The other relevant treatment options and their associated risks.
 - z. Any hair required to be removed for the operation may be removed.
 - aa. My prognosis, the risks of not having the procedure and chances of not completing the procedure.
 - bb. That there is no guarantee that the procedure will improve my condition even though it has been carried out with due professional care.
 - cc. The procedure may include a blood transfusion.
 - dd. 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.
- میں مانتا ہوں کہ ڈاکٹر نے تفصیل سے بتا دیا ہے۔
- میری طبی حالت اور اس کا طبقہ شدہ آپریشن، اور ڈاکٹر کو کچھ غیر متوقع ملنے کی صورت میں اضافی علاج۔
- خطرات، اور وہ خطرات جو میرے لئے خصوصی ہیں۔
- دوسرے متعلقہ آپریشن / علاج کے طریقے اور ان کے خاص خطرات۔
- آپریشن کے لئے جو مناسب سمجھا جائے بال کے کامنے کی اجازت۔
- میری بیماری کے صورت حال، آپریشن ناکرنے کے نقصانات، اور آپریشن مکمل نہ ہونے کے امکانات۔
- 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۔
- اس آپریشن کے لئے خون کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- 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۔

- ee. 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.
- ff. That a doctor other than the consultant may conduct the procedure. I understand this could be a doctor undergoing training.
- gg. 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.
- hh. 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.
- ii. 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۔
- کشلنٹ 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 گئے۔
- 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 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 (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 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 سپرست (18 سال سے کم عمر یا جو مریض خود فیصلہ کرنے کی صلاحیت نہ رکھ سکے اور شوہر ذچ و پچ 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): _____