

Informed consent for SPC

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 (مکملہ فائدہ): _____

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

Type of Anesthesia : General Anesthesia

Introduction:

تعارف:

During this operation, a urine catheter is inserted into the bladder through open abdomen. اس آپریشن کے دوران پیشاب کی نلکی پیٹ کے ذریعے مثانے میں ڈالی جاتی ہے۔

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

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

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

خصوصی خطرات/پہچیدگی (1% سے زیادہ)

- Blood in urine عموماً 10+50% پیشاب میں خون آنا
- Change catheter of SPC after ever 1-2 months عموماً ہر 1-2 مہینے بعد SPC کی نلکی کو تبدیل کرنا
- Infection in urine کبھی کبھار 2-10% پیشاب میں انفیکشن ہونا
- Blockage of catheter / need to wash or change کبھی کبھار 0.4-2% نلکی بند ہو جانا / Wash یا تبدیلی کی ضرورت محسوس ہونا
- Need to wash bladder بہت کم (Rare) مثانہ واش کرنے کی ضرورت پیش آنا
- Injury to gut or vessels requiring laparotomy (major abdominal operation) بہت کم آنتوں یا خون کی نالیوں کو چوٹ لگنا جس کی وجہ سے پیٹ کا بڑا آپریشن کرنے کی ضرورت پیش آئے

Consultant Surgeon/ Registrar Surgery (معالج):-

Name (نام): _____

Job Title (عہدہ): _____

Date (تاریخ): _____

Signature (دستخط): _____

Patient Consent (مریض کی اجازت):-

- n. I acknowledge that the doctor has explained. میں مانتا ہوں کہ ڈاکٹر نے تفصیل سے بتا دیا ہے۔
- o. 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۔
- p. The risks, including the risks that are specific to me. خطرات، اور وہ خطرات جو میرے لئے خصوصی ہیں۔
- q. The other relevant treatment options and their associated risks. دوسرے متعلقہ آپریشن / علاج کے طریقے اور ان کے خاص خطرات۔
- r. Any hair required to be removed for the operation may be removed. آپریشن کے لئے جو مناسب سمجھا جائے بال کے کاٹنے کی اجازت۔
- s. My prognosis, the risks of not having the procedure and chances of not completing the procedure. میری بیماری کے صورت حال، آپریشن نہ کرانے کے نقصانات، اور آپریشن مکمل نہ ہونے کے امکانات۔
- t. 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۔
- u. The procedure may include a blood transfusion. اس آپریشن کے لئے خون کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔
- v. 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۔
- w. 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۔
- x. 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۔
- y. 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۔
- z. 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۔
- aa. 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 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 (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): _____