

## Informed consent for SPC

### مطلع رضامندی برائے آپریشن

#### Particulars:

Rank/CNE: \_\_\_\_\_

Army/Hospital No: \_\_\_\_\_

Name (نام): \_\_\_\_\_

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

Address (آدرس): \_\_\_\_\_

Name of the procedure (آپریشن کا نام): \_\_\_\_\_

Diagnosis & Intended benefit (مکمل قابلہ): \_\_\_\_\_

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

#### Type of Anesthesia : General Anesthesia

##### Introduction:

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

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

- a. Pain (acute or chronic) requiring further treatment. درد جسکے لئے مزید علاج درکار ہو۔
- b. Bleeding requiring transfusion or operative hemostasis. خون کا ضایع جس کے لئے خون یا آپریشن کی ضرورت ہو۔
- c. Surgical Site Infection requiring further intervention. جلدیاپیٹ کے اندر کا انفیکشن جس کے لئے مزید علاج کی ضرورت ہو۔
- d. Scarring (Skin and intra-abdominal causing adhesions and pain) نشانات (جلد / پیٹ کے انдр وہی اور آسٹنجن)۔
- e. Blood clots in the leg and the lungs (DVT/PE). ٹانگوں اور پھیپھڑوں کی نسوں میں خون کا جمنا۔
- f. Breathing and heart problems requiring ventilation and cardiac support. سانس یا دل کا کوئی مسئلہ جس کے لئے اضافی علاج درکار ہو۔
- g. Intensive Care Unit stay. انتہائی تکمیلی اسٹیج میں قیام۔

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

##### خصوصی خطرات / پچیدگی (1% سے زیادہ)

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

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

Name (نام): \_\_\_\_\_

Job Title (عہدہ): \_\_\_\_\_

Date (تاریخ): \_\_\_\_\_

Signature (دستخط): \_\_\_\_\_

### Patient Consent (مریض کی اجازت) :-

- n. I acknowledge that the doctor has explained.
- میری ماننا ہوں کہ ڈاکٹر نے تفصیل سے بتایا 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 باہل 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 کرنے 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 و رانہ 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 ضایع 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 جعلی 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.
- کنسٹینٹ 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۔
- 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 to my satisfaction.
- میں اپنی حالت کے بارے میں سوال کر سکتا تھا، میرا مکالمہ 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 اپنافہیصلہ 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.
- 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
- However, personal identity will be kept confidential.

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)

جم 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۔  
میں پوری طرح سے سمجھتا ہوں کہ میری

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 اپر دی گئی معلومات مریض کو آسان الفاظ میں بیان کر دیتے 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 سپریسٹ (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 (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): \_\_\_\_\_