



## Patient Label



### إقرار الموافقة على التخدير أو إعطاء مهدئات

العملية/الاجراء الجراحي

(عدم استخدام الاختصارات)

**يقصد بالتخدير العام** إفقاد المريض الوعي والشعور قبل إجراء العملية. الأمر الذي يعني عدم وعي المريض بالاحداث أو شعوره بالألم أثناء إجراء العملية. وينتج هذا التخدير عن إستخدام عقاقير طبية يحقن بها المريض في الوريد و /أو يتنفسها من خلال آلة التخدير.

**يقصد بالتخدير الموضعي** إستخدام مخدر لتخدير منطقة معينة من الجسم للقيام بالجراحة . هذا ، ويمكن تخفيف الألم على المدى الطويل بدون تخدير عن طريق حقن أجزاء معينة من الجسم بمحالييل خفيفة من عقاقير التخدير الموضعي بعد الجراحة أو الإصابة . ويؤثر التخدير على التنفس والدورة الدموية للمريض ، في حين تتسبب العملية في إحداث تغيرات أخرى بجسم المريض . لذا يقوم أخصائي التخدير بإستخدام مهارات وأجهزة لمراقبة وإدارة حالة المريض لضمان سلامته أثناء التخدير وإجراء العملية .

**مقصود بالتهذنة** هو إتمام الإجراء الطبي تحت تأثير عقار مهدئ و يكون المريض محتفظا بقدرته على التفاعل مع المحيطين به مع إحتمال تغير فى الوظائف الإدراكية و التركيز العام لفترة مؤقتة و لن يكون هناك أى تأثير على وظائف القلب و التنفس المخاطر :

تتضمن المخاطر الشائعة التي يتعرض لها جميع المرضى :

- حدوث كدمات في موضع الحقن أو التقطير
- الغثيان أو التقيؤ ( بالرغم من أن إخصائي التخدير سيجاول منع أو الحد من ذلك بقدر المستطاع )
- إلتهاب الزور نتيجة للغازات و- /أو أنبوبة التنفس. هذا ، وقد تلاحظ صعوبة مؤقتة في التحدث ، ولكنها تتحسن بعد ساعات
- آلام مؤقتة بالعضلات
- صداع مؤقت أو عدم وضوح الرؤية
- Others:

تتضمن المخاطر غير الشائعة التي يتعرض لها جميع المرضى :

- وعي بالنشاط القائم بغرفة العمليات خلال عملية التخدير ، وخاصة أثناء إجراء عمليات معينة وبعض حالات الطوارئ.
- احتكاكات بالعين تسبب ألم وتحتاج معالجة إما بالترقيع أو العلاج
- إلحاق الضرر بالأسنان أو وظائفها ، والشفاة أو اللسان

تتضمن المخاطر النادرة للغاية لكافة المرضى ، والتي قد تسبب في تلف المخ أو الوفاة :

- إنسداد ممرات التنفس التي لا يمكن السيطرة عليها سريعاً ، والتي قد تؤدي إلى صعوبة حدة في التنفس
- تتسبب الحساسية الشديدة للعقاقير الطبية في عسر التنفس والطفح الجلدي وفي بعض الحالات النادرة ، تورم حاد وإنخفاض ضغط الدم وهبوط في الدورة الدموية
- حساسية العضلات الموروثة لأنواع معينة من العقاقير المخدرة (حمى خبيثة ) . وقد تسبب هذه الحساسية ارتفاع سريع في درجة حرارة الجسم ومعدل ضربات القلب والتنفس مع إرتفاع ضغط الدم وتيبس العضلات و-
- السكتات والنوبات القلبية وإلتهاب الرئة . وبينما تعد هذه المخاطر غير شائعة ، تزداد معدلات هذه المخاطر مع المرضى ممن يعانون من أمراض الشرايين والرئتين والمدخنين.

ينطوي التخدير الموضعي على بعض من المخاطر المذكورة أعلاه ، فضلاً عن بعض المخاطر والعواقب الأخرى ، منها :

- ضعف عضلات الطرف المخدر ، أو صعوبة في التبول أثناء سريان مفعول المخدر . وإلى أن يعود الأمر لوضعه الطبيعي بإنتهاء أثر العقار ، قد يلزم تركيب قسطرة بول
- صداع ، قصير المدى عادة ولكنه قد يكون حاد ويستمر لعدة أيام
- تلف الأوعية الدموية أو الأعضاء المجاورة كالرئتين
- قد يتبع التخدير حول الجافية أو التخدير النخاعي آلام أسفل الظهر . ومن الممكن تحسن هذه الآلام بسرعة عادة ، إلا أنها قد تستمر في بعض الأحيان
- هذا ، وتوجد خطورة بسيطة جداً من العدوى أو النزف بموضع الحقن ، والتي قد تحتاج إلى مضاد حيوي أو علاج جراحي
- ونادراً ما تتعرض الأعصاب للتلثف نتيجة الضعف ، أو الألم ، أو تغير الإحساس أو العجز طويل المدى

**ملاحظة \*\*** قد توجد بعض المخاطر الأخرى غير الشائعة التي لم يتم إدراجها ضمن المخاطر الواردة هنا. الرجاء الإستفسار من أخصائي التخدير المسؤول عن متابعة حالتك إذا كان لديك أي مخاوف خاصة أو عامة .

أنواع و طرق التخدير المختلفة:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> التخدير العام                      | <input type="checkbox"/> التخدير النصفى                    |
| <input type="checkbox"/> حقن خارج الم الجافية               | <input type="checkbox"/> تخدير عام + حقن خارج الأم الجافية |
| <input type="checkbox"/> تخدير نصفى + حقن خارج الأم الجافية | <input type="checkbox"/> مهدئ                              |



## Patient Label



### INFORMED CONSENT FOR ANESTHESIA OR SEDATION

Name of Surgery/Procedure : \_\_\_\_\_

( Do Not Use Abbreviations)

**General Anesthesia means** the loss of patient's awareness and feeling before performing the surgical procedure. This means loss of patient's awareness of events and/or feeling of pain during the performance of surgical procedure. This results from the use of anesthesia medication that are injected into the patient's vein and / or inhaled through the anesthesia machine.

**Regional Anesthesia means** the use of anesthetic to anesthetize a certain region of the body where the surgical procedure will be performed. **Regional Anesthesia** can also be used to relieve pain on the long term without anesthesia by injecting certain parts of the body with diluted concentrations of the anesthetic drugs after surgery or even after injury. Anesthesia affects the patient's respiration and blood circulation, while the surgical procedure itself is the cause of other changes in the body of the patient. So the anesthetist uses his skills and equipment for monitoring and management of the patient's condition to ensure safety during anesthesia and surgery.

**Sedation + Local means** a drug-induced state during which patient remains conscious and respond to verbal commands. Although cognitive function and coordination maybe impaired, conscious ventilation and cardiovascular function are unaffected.

#### Risks

Common risks that all patients are exposed to include:

- A bruising at the site of injection or intravenous infusion.
- Nausea or vomiting (although the anesthetist will try to prevent or limit it as much as possible).
- Sore throat as a result of gas and / or breathing tube. You may also notice a temporary difficulty in speaking. But it gets better after several hours.
- Temporary muscle pain.
- A temporary headache or blurred vision.
- Others: \_\_\_\_\_

#### Non common risks suffered by all patients include:

- Awareness of the activities in the operating room during anesthesia, especially during the conduct of certain operations and in some cases of emergency.
- Corneal ulcerations, causing pain and needing treatment either by surgery (corneoplasty) or medical treatment.
- Damage to teeth or their functions, lips or tongue.

#### Extremely rare risks suffered by all patients, which cause brain damage or death may include:

- Blockage of breathing passages, which cannot be controlled quickly, resulting in severe difficulty in breathing.
- Severe allergy to anesthetic drugs can cause breathing difficulties and skin rash. In some rare cases it can cause acute body swelling, severe drop in blood pressure and a decline in circulation. In some genetically predisposed patients the allergic sensitivity of the body muscles to certain anesthetic drugs results in (Malignant Hyperthermia). This sensitivity can cause a rapid rise in body temperature, the heart and breathing rate with high blood pressure and muscle stiffness.
- Heart attacks and pneumonia. While these risks are uncommon, their incidence increases with patients who suffer from diseases of the arteries and lungs and in smokers.

#### Regional anesthesia involves some of the risks mentioned above, as well as other risks and consequences, including:

- Muscle weakness of the anesthetized limb, or difficult urination during the effect of the anesthetic drug. This continues until the effect of the anesthetic drug weans off, we may have to insert a urinary catheter.
- Headache, usually short-term but may be severe and lasts for several days.
- Damage to blood vessels or adjacent organs like the lungs.
- Low back pain after epidural or spinal anesthesia. This usually improves rapidly although it may continue in some cases.
- There is a minor risk of infection or bleeding at the injection site, for which you may need an antibiotic or surgical treatment. Rarely the nerves are exposed to damage as a result of weakness, or pain, or change in sensations or of long-term disability.

**Note \*\* There may be other non- common risks that are not included in the above mentioned risks. Please ask the anesthetist responsible for managing your case if you have any concerns.**

#### Alternatives of Anaesthesia explained:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> General Anesthesia (GA)      | <input type="checkbox"/> Spinal                   |
| <input type="checkbox"/> Epidural                     | <input type="checkbox"/> Combined (Epidural + GA) |
| <input type="checkbox"/> Combined (Spinal + Epidural) | <input type="checkbox"/> Sedation                 |

أضرار و فوائد طرق التخدير البديلة:

نوع التخدير المتفق عليه:

أضرار و فوائد طريقة التخدير المتفق عليه:

معلومات عن طريقة تسكين الألم بعد الجراحة:

موافقة على إجراء جراحة ذات خطورة عالية (إن وجدت):

أنا \_\_\_\_\_ قمت بشرح خطورة الجراحة للمريض و تتمثل أسباب الخطورة في الآتي:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

إقرار المريض/ الواصي / الوكيل:

أقر بأن إخصائي التخدير قد زودني بالمعلومات اللازمة عن مسكن الألم ، والطرق البديلة لتخفيف الألم ، وأجاب على كافة استفساراتي ومخاوفي المعينة الخاصة بهذا الموضوع

أقر بأنني قد ناقشت مع أخصائي التخدير أي مخاطر ومضاعفات هامة تتعلق بحالتي وظروفي الشخصية ، وأنني قد أخذت ذلك في الإعتبار عندما قررت استخدام هذا النوع من التخدير

أدرك تماماً أن أحد إخصائي التخدير غير إستشاري التخدير قد يقوم بإجراء عملية التخدير

قد تسلمت نسخة من هذه الإستمارة للإحتفاظ بها لنفسي

الوقت و التاريخ

توقيع المريض

إسم المريض

إقرار نائب المريض أو ولي الأمر

إذا تعذر على المريض الإقرار و التوقيع، بسبب السن أو القانون أو الحالة الصحية، فيجب الحصول على إقرار من ينوب عنه أو ولي أمره.

أقر أنا \_\_\_\_\_ الجنسية \_\_\_\_\_ العمر \_\_\_\_\_ عاما

نوع إثبات الشخصية \_\_\_\_\_ رقم \_\_\_\_\_

بأنني ولي أمر أو أنوب عن المريض بصفتي \_\_\_\_\_ قد طلب مني انطلاقا من مصلحة المريض، بالتوقيع على الإقرارات و الموافقات المطلوبة من قبل المستشفى بالنيابة عنه لتعذر قيامه بذلك.

الوقت و التاريخ

توقيع ولي أمر المريض

إسم ولي أمر المريض

إقرار إخصائي التخدير الذي قام بتقديم المعلومات الخاصة بهذه الموافقة:

أقر بأنني قد قمت بتوضيح طبيعة التخدير العام و/أو الموضوعي الذي سيتم إستخدامه وما قد يترتب عليه من نتائج ، فضلاً عن مناقشة المخاطر التي تثير مخاوف المريض.

لقد قمت ب إتاحة الفرصة للمريض للإستفسار وقد قمت بالإجابة عن كافة استفساراته .

الوقت و التاريخ

توقيع طبيب التخدير

إسم طبيب التخدير / الختم

الشاهد

الوقت و التاريخ

أنا \_\_\_\_\_ موظف في UHS. أنا لست طبيب المريض / أو المرخص

مقدم الرعاية الصحية، ولقد شهدت المريض أو البديل أو الوصي له / لها يوقع طوعا على هذه الموافقة.

توقيع الشاهد

المسمى الوظيفي للشاهد

UHS/CS/GEN/F006-3/14

Version 1

Page 2 of 2

Risks and Benefits of Alternatives:

Type of Chosen Anesthesia:

Risks and Benefits of Chosen Anesthesia:

Education on post-operative Analgesia

HIGH RISK CONSENT INDEMNITY STATEMENT ( As Applicable)

I, \_\_\_\_\_ have been explained about my surgery. I have been explained by doctors that the causes of myself / my patient being High Risk are due to the following.

Reason for High Risk

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Patient Consent

I consent that the anesthetist has provided me with the all information necessary for my anesthesia, sedation and/or pain relief, alternative ways to relieve my pain and he has answered all my concerns and fears to my satisfaction

I consent that I have discussed with the anesthetist any significant risks and complications related to my case and I have taken that into consideration when I decided to use this kind of anesthesia/sedation.

I am fully aware that any anesthetist may perform my anesthesia.

Patient’s Name and Signature

Date & Time

Substitute Consent Giver:

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of parent, healthcare provider, legal guardian or substitute consent giver who is acting on behalf of the patient, or the patient's next of kin, who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained:

I, \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ Nationality, \_\_\_\_\_ yrs. old, Holder of ID NO# \_\_\_\_\_, type: \_\_\_\_\_ do hereby declare that I am the guardian / substitute consent giver for the patient in my capacity as \_\_\_\_\_. I have been asked, in the best interests of the patient, to sign this declaration, and consents required by the hospital as the patient is incompetent or unable to do so.

Substitute Consent Giver Name

Substitute Consent Giver Signature

Date & Time

Relationship to the Patient:

Consent of the anaesthetist who provided information for this consent

I consent that I clarified the nature of general and/or regional anaesthesia method which is going to be used and the consequences and risks of such a procedure

I gave the opportunity to the patient to ask questions and I have answered all his inquiries.

Anaesthesiologist Name /Stamp

Anaesthesiologist Signature

Date & Time

Witness

I \_\_\_\_\_ an employee of UHS and not the patient's physician, have witnessed the patient or his/her substitute or guardian sign voluntarily this form.

Witness Signature

Date & Time

Title/Designation of witness:\_\_\_\_\_

UHS/CS/GEN/F006-3

Version 1

Page 2 of 2

