



جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة  
النسائية والتوليد الأردنية

## جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة النسائية والتوليد الأردنية The Jordanian Society of Obstetricians and Gynecologists

### نموذج الموافقة على إجراء ولادة طبيعية بعد عملية قيصرية سابقة

#### Vaginal Birth after Cesarean (VBAC) Informed consent Form

I, (Patient's full name) ..... hereby authorize my physician in-charge Dr..... with medical assistants and health providers that he/she may designate, to deliver my baby(s) at the hospital.	أنا (اسم المريضة الكامل) ..... أخوّل طبيبي المشرف الدكتور/ة..... بالإضافة إلى المساعدين الطبيين و مقدمي الخدمة الصحية التي يختارها طبيبي أعلاه للقيام بعملية الولادة لمولودي في المستشفى
I authorize the team working with my physician to be available to assist my physician, provide care, and respond to emergencies always under the supervision of my physician in charge	إنني أخوّل الفريق الذي يعمل مع طبيبي المشرف ليكونوا متواجدين لمساعدته وتوفير العناية والتصرف في حالات الطوارئ يوماً تحت اشراف طبيبي المشرف
I acknowledge that I have been informed by my physician, and because I have previously undergone cesarean section that I have two options for the birth of my baby including vaginal birth after cesarean (VBAC) or a repeat cesarean section. With this understanding, I agree to undergo VBAC.	أقر أن طبيبي قد أعلمني، وكوني قد خضعت سابقاً لعملية قيصرية، انه لدي خيارين للولادة بما فيهم الولادة الطبيعية، أو إعادة الولادة القيصرية. وبناءً على ذلك، فإنني أوافق على الخضوع لمحاولة الولادة الطبيعية بعد القيصرية.
I have been informed by my physician in-charge and have discussed with them the purpose, risks and benefits of VBAC and, I acknowledge that I understand and agree that my physician in-charge may need to alternate this decision during the procedure if he/she identify that risks of VBAC have increased or if other factors occur that require such a change. My physician has explained to me, and I have understood, the possible risks of BAC including, but are not limited to:	لقد تم إبلاغي من قبل الطبيب المشرف و قمت بمناقشته بخصوص الغاية من إجراء عملية الولادة الطبيعية بعد القيصرية ومخاطرها وفوائدها، وأقر بأنني أفهم وأوافق على ان طبيبي المشرف قد يحتاج إلى تغيير هذا القرار أثناء العملية إذا كان الطبيب قد وجد أن مخاطر عملية الولادة الطبيعية بعد القيصرية قد زادت او إذا حدثت عوامل أخرى تتطلب مثل هذا التغيير. لقد قام طبيبي المشرف بشرح المخاطر الممكنة للولادة الطبيعية بعد القيصرية، وإنني أفهم هذه المخاطر للأم والطفل والتي تتكون من على سبيل المثال لا الحصر:
<ul style="list-style-type: none"><li>• A tear or opening in the uterus (womb); for most patients this risk is less than 1%.</li><li>• Tears in uterus during VBAC are more common in labor that is induced and explained below.</li><li>• If a tear in the uterus occurs, the risks to the mother include blood loss; possible need for blood transfusion; damage to the uterus that may require a hysterectomy (removal of the uterus); damage to internal organs including the bladder, bowel and or ureter; infection; blood clots; and, very rarely, death.</li><li>• If a tear in the uterus occurs, risks to the baby include brain damage and death.</li><li>• VBAC may be unsuccessful, which would lead to a repeat cesarean section.</li><li>• I understand that a repeat cesarean section after unsuccessful VAC carries greater risk than a planned cesarean section without VAC, including higher chance of infection, blood loss and transfusion, blood clots, and hysterectomy.</li><li>• The normal risks of a vaginal birth, explained below, are possible with a successful VBAC.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• تمزق أو جرح في الرحم لدى غالبية المرضى تكون الاحتمالية حوالي 1%.</li><li>• تمزقات في الرحم خلال إجراء عملية الولادة الطبيعية بعد القيصرية تعتبر أكثر شيوعاً خلال فترة المخاض المذكورة والمفصلة في الأسفل.</li><li>• في حال حصول تمزق في الرحم، فإن المخاطر الأم قد تتضمن النزف، احتمالية الحاجة لنقل الدم، إصابة في الرحم والذي قد يتطلب بسببه إزالة الرحم، إصابة الأعضاء الداخلية للجسم بما فيها المثانة أو الأمعاء و/أو قناة الحالب، الالتهابات، تخثر الدم، وفي حالات نادرة الوفاة.</li><li>• في حال حصول تمزقات بالرحم، فإن المخاطر على الطفل تشمل التلف في الدماغ أو الوفاة.</li><li>• قد تفشل عملية الولادة الطبيعية بعد القيصرية مما يتطلب إعادة العلاج القيصرية.</li><li>• إنني اتفهم أن إعادة العملية القيصرية بعد فشل محاولة الولادة الطبيعية بعد القيصرية، تحمل معها مخاطر أكبر بالمقارنة مع عملية ولادة قيصرية مخطط لها دون محاولة الولادة الطبيعية بعد القيصرية، تشمل احتمالية أعلى للإصابة بالالتهابات، النزف ونقل الدم، تخثر بالدم، وإزالة الرحم.</li><li>• إن مخاطر الولادة الطبيعية، المشروحة أدناه، تبقى محتملة أيضاً مع نجاح عملية الولادة الطبيعية بعد القيصرية</li></ul>
<b>The possible benefits of VBAC include:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Shorter recovery time, shorter hospital stays, and quicker return to normal activities following delivery.</li></ul>	<b>تشمل فوائد الولادة الطبيعية بعد القيصرية:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• وقت تعافى أقل ووقت مكوث بالمستشفى أقل والعودة للنشاطات الاعتيادية بعد الولادة بشكل أسرع.</li></ul>



جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة  
النسائية والتوليد الأردنية

## جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة النسائية والتوليد الأردنية The Jordanian Society of Obstetricians and Gynecologists

<ul style="list-style-type: none"><li>• Lower infection risk after delivery.</li><li>• Little to no chance of surgical complications (such as infection, injury to internal organs, blood loss).</li><li>• Lower risk of my baby experiencing breathing problems after delivery.</li><li>• Greater chance of having a successful vaginal birth in later pregnancies.</li><li>• Lower risk of my placenta having problems attaching in future pregnancies.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• خطورة اقل للإصابة بالتهابات بعد الولادة.</li><li>• فرصة قليلة أو معدومة لحصول مضاعفات (مثل الالتهابات أو الضرر على الأعضاء الداخلية للجسم أو خسارة بالدم).</li><li>• مخاطر اقل على طفلي المولود متعلقة بتعرضه لمشاكل بالتنفس بعد الولادة.</li><li>• فرص اكبر للولادة الطبيعية خلال الأحمال اللاحقة.</li><li>• انخفاض احتمال التعرض لمشاكل المشيمة في الأحمال المستقبلية.</li></ul>
The nature, extent and purpose of my admission, possible alternative methods or treatment, the risks involved, and the possibility of complications have been fully explained to me, and I acknowledge that results of medical treatments and surgical procedures may not be adequately predicted; and that neither the hospital nor my attending medical team can provide any guarantee or confirmation of the outcomes.	تم شرح طبيعة العلاج والهدف من إدخال المستشفى والطرق البديلة الممكنة للعلاج، والمخاطر المرتبطة بذلك، وإمكانية حصول مضاعفات، وإني أقرّ أن نتائج العلاج الطبي وإجراءات العملية لا يمكن توقعها بدقة وأن المستشفى والفريق الطبي المتواجد لا يمكنه توفير ضمانات أو تأكيدات بخصوص هذه النتائج.
I acknowledge that I have read and fully understand and agree to this consent form, that explanations have been made, and that my physician has answered all my questions.	أقرّ إنني قد قمت بقراءة وفهم نموذج الموافقة هذا بالكامل وقد تم توفير كافة التوضيحات لي وأن طبيبي المشرف قد قام بالإجابة على جميع استفساراتي.
I hereby release and agree to hold harmless the hospital, physicians, staff, and employees from all claims, actions, and losses related thereto	إنني أرى في المستشفى وأطباء في وفرقة موظفي من أي مطالبات وأعمال والخسائر المتعلقة بهذا الخصوص
<b>Patient's full name and signature:</b> Name: Date: Time: Signature:	اسم المريضة الكامل وتوقيعها الإسم: التاريخ: الوقت: التوقيع:
Legal guardian name and signature if patient unable to sign due to reasons listed below:	اسم المسؤول / الوصي بالكامل وتوقيعها إذا كان المريض غير قادر على التوقيع للأسباب المدرجة ادناه
<input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Unconscious <input type="checkbox"/> Physically unable <input type="checkbox"/> Mentally incompetent	<input type="checkbox"/> قاصر <input type="checkbox"/> فاقد للوعي <input type="checkbox"/> غير قادر جسدي و/أو نفسي <input type="checkbox"/> غير مؤهل عقلياً
Legal guardian name: Relation to patient:	اسم المسؤول / الوصي: صلة القرابة:
I acknowledge that I have read and fully understand and agree to this consent form including all its content and I am legally authorized to sign on the patient's behalf.	أنا أقرّ بأنني قد قمت بقراءة وفهم الموافقة على نموذج الموافقة هذا بكافة محتواه وأني مخول بالتوقيع نيابة عن المريض.
Date: Time: Signature:	التاريخ: الوقت: التوقيع:
Interpreter information if applicable:	معلومات المترجم إن وجد:
Date: Time: Signature:	التاريخ: الوقت: التوقيع:
<b>Physician name:</b> Date: Time: Signature:	اسم الطبيب: التاريخ: الوقت: التوقيع: