

فرم رضایت آگاهانه عربی

رقم الملف:	استمارة الموافقة الواعية وإبراء الذمة		رقم الهوية الوطنية:
لقب المريض:	اسم المريض:	القسم:	الطبيب المعالج:
اسم الأب والجدة:	تاريخ الولادة:	الغرفة:	تاريخ القبول:
السريبر			
تقيّد معلومات هذا الحقل من قبل الطبيب مقدّم الخدمة			
إنّني الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور أعلاه، أعلن أنّي وفي إطار التدابير التشخيصية والعلاجية التي تتخذ لتشخيص وعلاج مريض قد قدّمت للمريض السيد/ السيدة/ الأنسبة مستلم الخدمة □ أو ولي أمره/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ جميع الإيضاحات الكاملة والمعلومات اللازمة حول أهمّ أعراض المرض ونتائج العلاج المحتملة، كما أعلمته بالطرق البديلة، وتشمل المعلومات: عواقب عدم الامتثال للتدابير التشخيصية والعلاجية: فوائد الامتثال لطريقته التشخيص أو العلاج المقترح: أهمّ الأعراض أو العواقب الناتجة عن الامتثال لأسلوب التشخيص أو العلاج المقترح: الأسلوب أو الأساليب البديلة للتشخيص أو العلاج مع ذكر فوائدها أو عواقبها المحتملة: 			
توقيع الطبيب مقدّم الخدمة وختمه:	تاريخ وساعة الموافقة الواعية:		
يقوم المريض / ولي المريض القانوني بملء هذا الحقل			
إنّني الموقع أدناه (المريض □ ولي أمر المريض □ الوكيل القانوني للمريض □) رقم البطاقة الوطنية رقم جواز السفر الصادر من تاريخ الولادة / / أعلن أنّي قد اكتسبت من الطبيب المعالج/ الطبيب المستشار السيد/ السيدة الدكتور كافّة المعلومات اللازمة عن المرض والتدابير العلاجية وأعراض وعواقب كلّ منها، وعن الأساليب البديلة. كما أنّي على علم تامّ بالتدابير التشخيصية والعلاجية لهذا المركز التعليمي والطبي، التي يقدها فريق طبيّ من الأخصائيين. ولهذا فإنّني أعلن موافقتي التامة على التدابير المذكورة وسائر التدابير التشخيصية والعلاجية التي يراها الأطباء والكادر الطبيّ وفقاً للمعايير العلمية، وأبرئ ذمّة فريق التشخيص والعلاج عن الأعراض المحتملة الطارئة، على الرغم من مراعاة الموازين العلمية والفنيّة والقانونية، ولن أطلبهم بأيّ دعوى جزائية أو مدنية.			
توقيع وبصمة المريض / الولي القانوني للمريض:	تاريخ وساعة الموافقة الواعية:		
يتم ملء هذا الحقل من قبل الشاهد			
الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة رقم الهوية الوطنية / جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف			
توقيع وبصمة الشاهد:	التاريخ والساعة:		

يتم ملء هذا الحقل في حال عدم الموافقة على التدابير التشخيصية – العلاجية المقترحة	
أعلن إعراضى عن قبول الخدمة وعدم موافقتى على التدابير التشخيصية – العلاجية المذكورة، وأبرئ ذمّة فريق التشخيص والعلاج من جميع الأضرار والمخاطر اللاحقة عن عدم تقبل التدابير العلاجية المقترحة، وليس لدى أىّ دعوى جزائية أو مدنية ضدهم، وقد تفهّمت جميع الأخطار الناتجة عن عدم تقبل العلاج وبذلك أقبّل جميع العواقب المحتملة من ذلك.	
توقيع وبصمة المريض / الولى القانونى للمريض:	التاريخ والساعة:
يتم ملء هذا الحقل من قبل الشاهد	
الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة..... رقم الهوية الوطنية/ جواز السفر صلته بالمريض..... رقم الهاتف	
توقيع وبصمة الشاهد:	التاريخ والساعة:
إذا تقدّم المريض بطلب الاستشارة، يتم ملء هذا الحقل من قبل الكادر الطبى القانونى للمستشفى	
١. تمّت مقابلة مستلم الخدمة □ الولى / الوكيل القانونى لمستلم الخدمة □ وتمّت دراسة الملف السريرى وأدرجت آراء الكادر الطبى المختصّ فى استمارة الاستشارة للإفادة.	
٢. تمّت مطابقتها مستمسكات مستلم الخدمة □ الولى / الوكيل القانونى لمستلم الخدمة □ السيد/ السيدة / الأنسنة مع المعلومات المذكورة فى ملف المريض.	
٣. تمّ التأكد من صلاحية مستلم الخدمة □ الولى / الوكيل القانونى لمستلم الخدمة □ لتقديم الموافقة القانونية وإبراء الذمّة العلاجية ومدى أهليته لاتخاذ القرار فى الشؤون العلاجية الموضّحة.	
٤. عيّن المريض وبحضور الأخصائى الطبى والقانونى للمستشفى، السيد/ السيدة/ الأنسنة وكيلًا قانونيا يمتلك كافّة الصلاحيات اللازمة لاتخاذ أىّ قرار فى شؤونه التشخيصية والعلاجية، إذا طرأت ظروف سريرية خاصّة تحول دون اتخاذ المريض للقرار المعنى بشؤونه العلاجية.	
٥. لقد أطلع المريض أو وليه القانونى على جميع الإيضاحات والمعلومات اللازمة حول طبيعة المرض، والأعراض الأخطار الناتجة عن عدم تلقى العلاج، والأساليب العلاجية الممكنة، والعلاج المقترح وفوائده، ولاسيما الأعراض والأخطار الناتجة عن العلاج المقترح وقد وعاهها بشكل كامل.	
٦. إذا لم يتقبّل المريض العلاج المقترح وأعلن عن موافقته الشخصية على مغادرة المستشفى/ المركز العلاجى، ينبئ إدراج رأى الطبّ العدى حول صحة الإذعان القانونى لطلب المريض فى استمارة الاستشارة للإفادة.	
توقيع أخصائى الطب العدى وختمه	توقيع وبصمة مستلم الخدمة/ وليه / وكيله القانونى
التاريخ والساعة	التاريخ والساعة