



نموذج موافقة على إجراء الغسيل الكلوي

أني المريض المذكور أعلاه/ ذوي المريض المرافق / الموقع أدناه أقر بما يلي:

- أنني أوافق وأفوض كادر المستشفى والدكتور المختص ومساعديه لإجراء غسيل الكلى وقد تلقيت شرحاً كافياً وواضحاً عن الإجراء، وقد أُتيحت لي الفرصة لطرح جميع أسئلتني وتمت الإجابة عليها بطريقة مفهومة

وقد تم الشرح لي من قبل الطبيب المختص طبيعة إجراء غسيل الكلى وكيفية تنفيذه، والنتائج المرجوة من العلاج والفوائد المتوقعة من غسيل الكلى وقد قام الطبيب بشرح كافة المضاعفات التي من الممكن أن تحدث والبدائل للعلاج.

- وقد تم ابلاغي بالمخاطر والمضاعفات المحتملة مثل: انخفاض ضغط الدم، الغثيان، التشنجات العضلية، العدوى، ومشاكل الأوعية الدموية وتم شرح أهمية الالتزام بمواعيد الجلسات والتعليمات الطبية والنظام الغذائي.

<p>إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض المرافق بالتوقيع بدلا عنه مع بيان الأسباب.</p> <p>○ المريض دون 18 من العمر</p> <p>○ المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً</p> <p>○ أخرى</p> <p>اسم ذوي المريض المرافق:</p> <p>صلة القرابةالتوقيع:</p>	<p>أسم المريض</p> <p>التوقيع</p> <p>التاريخ:</p>
---	--

اسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

التاريخ :

الوقت: