



نموذج موافقة على إجراء خياطة للجرح تحت التخدير الموضعي

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

- أوافق وأفوض كادر قسم الطوارئ الطبيب/ الممرض في مستشفى مارينا الأهلي على إجراء خياطة للجرح تحت التخدير الموضعي. وقد تم الشرح لي عن طبيعة الإجراء، وفوائده، وقد أجبت على جميع استفساراتي.
- وقد تم ابلاغني بالمخاطر والمضاعفات المحتملة مثل: ألم أو حرقة في موضع الحقن. تورم أو احمرار مؤقت في موضع الجرح. احتمالية حدوث عدوى. احتمالية رد فعل تحسسي تجاه المخدر. ندبة دائمة أو تغير في لون الجلد في مكان الخياطة.
- وقد تم الشرح لي من قبل الطبيب / الممرض في قسم الطوارئ طبيعة إجراء خياطة الجرح وكيفية تنفيذه، والنتائج المرجوة من العلاج والفوائد المتوقعة والبدائل الممكنة للإجراء .

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

اسم الطبيب / الممرض المعالج:

التوقيع:

التاريخ :