



### الموافقة والتفويض على إجراء العملية أو إجراء جراحي آخر ونقل دم

- أني المريض / ذوي المريض المرافق / الموقع أدناه أقر بما يلي:
- أنني أوافق وأفوض كادر المستشفى والدكتور ومساعديه وزملائه من الاختصاصيين الآخرين لإجراء العملية ..... أو أي إجراء آخر حسب الضرورة، نوع التخدير (عام، مناطقي، موضعي) وقد تمت الإجابة على جميع استفساراتي بصورة مرضية وأقر بأنه لم يقدم لي أي ضمان بخصوص النتائج التي أحصل عليها. وقد قام الطبيب بشرح كافة المضاعفات التي من الممكن أن تحدث والبدائل للعلاج.
  - كما أقر بأنني قد التزمت بكافة تعليمات الطبيب المعالج من حيث الامتناع عن الطعام والشراب المدة الكافية وأخذ العلاجات الطبية قبل الأجراء الجراحي كما وأنني قد أفصحت عن كامل معلومات التاريخ المرضي والعلاجات الطبية التي أتلقاها بشكل مستمر لي/ مريضتي وأتحمل نتيجة إخفاء أي من المعلومات الواردة أعلاه.
  - كما أوافق على أخذ صور الأشعة بالتصوير الشعاعي أو أي تصوير آخر حسب الضرورة وإعطاء مواد ملونة وحسب حكم الهيئة الطبية في المستشفى.
  - لقد ناقش الطبيب معي احتمالات إحتياجي لنقل الدم خلال أو بعد العملية الجراحية وأخطار نقل الدم أو مشتقاته بصورة مرضية والتي تشمل ولا تقتصر على إحتتمالات التفاعلات العكسية، ارتفاع الحرارة القشعرية، الأم المفاصل، الحساسية أو الصدمة. كما شرح لي البدائل المتاحة وأوافق على نقل الدم أو مشتقاته خلال العملية المتوقعة أو الإجراء الاخر وبعد فترة مكوثي في المستشفى مارينا الأهلي.
- في الحالات ذات الخطورة العالية:**
- تعتبر هذه العملية وما يصاحبها من تخدير لازم ذات خطورة عالية بسبب السيرة المرضية للمريض والأمراض المصاحبة وطبيعة العملية الجراحية وسببها وقد تم شرح هذا لي / مريضتي والبدائل المتاحة والاحطار الكامنة والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ وأقر بأن أحداً لم يقدم لي أي ضمانات للنتائج و/أو لم يخفي علي أي معلومة.
  - وبعد معرفتي بجميع الفقرات المذكورة أعلاه ليس لي الحق بالمطالبة القانونية / أو العشائرية للمستشفى أو الطبيب في حال حصول أي مضاعفات أو وفاة لا سامح الله.

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

اسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

التاريخ: