



الموافقة والتفويض على التخدير العام أو الجزئي ونقل دم

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

- أنني أوافق وأفوض طبيب التخدير بوضعي تحت التخدير..... حسبما يعتبر ضرورياً
- لقد تم شرح طبيعة التخدير المذكور والغرض منه وفوائد التخدير والأخطار المحتملة لي وبدائل هذا التخدير من تخدير العمود الفقري وتتضمن هذه الأخطار على سبيل التعداد وليس الحصر (الصداع، ألم الظهر، مضاعفات جانبية للعقار المستخدم وقد ينتج مضاعفات أخرى عند استخدام أي مخدر بما في ذلك مضاعفات الجهاز الرئوي والجهاز العصبي والجهاز القلبي الوعائي أو إجهاض الجنين في حالات الحمل وقد ينشأ فجأة أخطار إضافية من التخدير بما في ذلك إصابة الحبال الصوتية، الاسنان، الشفاه أو العيون).
- وقد قام طبيب التخدير بشرح هذه الأخطار وقد تمت الإجابة عن جميع إستفساراتي بصورة مرضية وأقر بأنه لم يقدم لي أي ضمان بخصوص النتائج التي قد أحصل عليها وإدراك أنه قد تنشأ حالات و/أو إجراءات طبية أخرى غير متوقعة أثناء وضعي تحت التخدير وقد تظهر حالات غير متوقعة قد تتطلب تغيير المادة المخدرة بما يخدم مصلحتي دون التمكن من إستشارتي طبقاً لحكم الهيئة الطبية بمستشفى مارينا الاهلي ويتطلب ذلك تقديم، تبديل أو التخلي عن خطة التخدير الأصلية أو وضعي تحت تخدير مختلف فأني أفوض وأطلب متابعة ذلك.
- 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.
- وبعد معرفتي بجميع الفقرات المذكورة أعلاه ليس لي الحق بالمطالبة القانونية / أو العشوائية للمستشفى أو الطبيب في حال حصول أي مضاعفات أو وفاة لا سامح الله.
- ملاحظات طبيب التخدير:

<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 القرابة التوقيع:</p> <p>التاريخ:</p>	<p>أسم المريض</p> <p>التوقيع</p> <p>التاريخ:</p>
--	--

أسم طبيب التخدير:

التوقيع:

التاريخ: