



نموذج الموافقة والتفويض على إجراء عملية رفع الرحم وعقد الأنابيب

- أني المريضة المذكورة أعلاه وزوج المريضة / ولي الأمر / السيد الموقعين أدناه أقر بما يلي:
- أنني أوافق وأفوض كادر المستشفى والدكتور ومساعديه وزملائه من الاختصاصيين الآخرين لإجراء عملية رفع الرحم وعقد الأنابيب أو أي إجراء آخر حسب الضرورة، نوع التخدير (عام ، نصفي)
 - وقد قام الطبيب المعالج بشرح المضاعفات التي من الممكن أن تحدث والبدائل للعلاج وقد تمت الإجابة على جميع استفساراتي بصورة مرضية وأقر بأنه لم يقدم لي أي ضمان بخصوص النتائج التي أحصل عليها.
 - 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 وأتحمّل 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 الآخر 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 والأخطار 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.

أسم زوج المريضة / ولي الأمر.....

التوقيع:

تاريخ التوقيع.....

أسم المريضة

التوقيع

أسم الشاهد التوقيع:

التاريخ:.....

أسم الطبيب المعالج :

التوقيع :

التاريخ :