



## نموذج الموافقة على التدخلات العلاجية لمرضى دخول الخدج

أني ولي الأمر المريض الموقع أدناه أقر بما يلي:

- أنني أوافق وأفوض كادر المستشفى والدكتور ومساعديه وزملائه من الاختصاصيين الآخرين لإجراء أي من التدخلات العلاجية والجراحية اللازمة أو أي إجراء آخر حسب الضرورة المرضية، وقد تمت الإجابة على جميع استفساراتي بصورة مرضية وأقر بأنه لم يقدم لي أي ضمان بخصوص النتائج التي أحصل عليها.

- كما أوافق على ان يتم وضع المريض على أجهزة ((CPAP, Chest Tube, ventilator)) عند الحاجة وكما اخول الطبيب طلب المساعدة او استشارة اي طبيب اخر عند الضرورة

### في الحالات ذات الخطورة العالية:

- تعتبر هذه الإجراءات والتدخلات وما يصاحبها من مضاعفات ذات خطورة عالية بسبب الحالة الصحية للخدج والأمراض المصاحبة وقد تم شرح هذا لي والبدائل المتاحة والاحطار الكامنة والمضاعفات التي يمكن أن تنتشأ وأقر بأن أحداً لم يقدم لي أي ضمانات للنتائج و/أو لم يخفي علي أي معلومة. وعليه اوافق على دخول المريض الى ردهة الخدج في مستشفى مارينا الأهلي من قبل الطبيب أعلاه.
- 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 المرض/ة المسؤول .....  
.....

التوقيع .....

تاريخ التوقيع: .....

أسم ولي أمر المريض .....

التوقيع .....

تاريخ التوقيع: .....