



الموافقة على إجراء الفحوصات باستخدام المواد الملونة

الاجراءات التشخيصية:

1.
2.
3.
4.

أنا المريض / ذوي المريض المرافق/ الموقع أدناه، أفهم وأوافق على إجراء الفحص الطبي المقرر لي باستخدام المواد الملونة وفقاً لما يراه الطبيب المعالج مناسباً. تم توضيح الإجراءات والاحتياطات المتعلقة بهذا الفحص لي بشكل مفصل من قبل الفريق الطبي.

- لقد تم إخباري أنني سأخضع للفحص الطبي الذي يتطلب استخدام مواد ملونة أو مواد أشعة، وقد تم توضيح نوع الفحص وكيفية إجرائه.
- تم توضيح نوع المواد الملونة أو مواد الأشعة التي سيتم استخدامها، وأنها قد تحتوي على بعض المخاطر أو الآثار الجانبية الطفيفة، مثل الحساسية أو تفاعلات جلدية.

- أقر بأنني قد قرأت وأفهم جميع المعلومات المتعلقة بالفحص، وأتني قد تم إخباري بكافة المخاطر المحتملة المتعلقة بالمواد الملونة المستخدمة. كما أقر بأنني قد تلقيت فرصة لطرح أسئلة حول الإجراءات وأي تفاصيل أخرى.

توقيع المريض: _____ شاهد (إن وجد): _____

تاريخ التوقيع: _____ تاريخ التوقيع: _____

توقيع طبيب الأشعة/ الفني : _____

تاريخ التوقيع: _____