



الموافقة على نقل الدم ومشتقاته (يملأ من قبل الطبيب المعالج)

أني المريض المذكور أعلاه / ذوي المريض المرافق الموقعين أدناه :

- افوض أطباء مستشفى مارينا الأهلي بعملية نقل الدم أو مشتقاته بعد ان تم شرح وبعبارات واضحة ومفهومة الفائدة والتي تساعد على التغلب على مرضي / مرض مريض / أو حالتي / حالته الجراحية وأحتمالية حدوث مضاعفات نتيجة لعملية نقل الدم والتي تتضمن ولا تقتصر على التحسس ، هبوط القلب ، تكسر كريات الدم الحمراء ، أصابة رئوية حادة ، وبعض الأمراض التي قد لا تظهر في الفحوصات وقت سحب الدم من المتبرع بنسبة نادرة جداً مثل اليرقان ونقص المناعة المكتسبة ، وتم إعلامي بالبدائل وأنفهم إنه لا ضمان لمخرجات هذه العملية.
- بتوقيعي على هذا النموذج أفوض المستشفى بعملية نقل الدم أو مشتقاته:-

○ لمرة واحدة فقط

○ لأكثر من مرة

وقد تم إعلامي بأني أستطيع سحب تفويضي هذا بأي وقت أشاء قبل البدء بالإجراء.

<p>..... أسم ذوي المريض المرافق.....</p> <p>..... التوقيع:</p> <p>..... تاريخ التوقيع.....</p>	<p>..... أسم المريض</p> <p>..... التوقيع</p> <p>..... أسم الشاهد:</p> <p>..... التوقيع:</p>
--	---

..... اني الموقع أدناه الدكتور

قمت بالشرح والتوضيح عملية نقل الدم ومشتقاته وما يترتب عليها من أعراض جانبية ومضاعفات ونتائج للمريض اعلاه

التاريخ :

الوقت :

أسم الطبيب المعالج :

التوقيع: