



إسم السياسة /الخطة: سياسة التفويض المبني على المعرفة
رقم السياسة/ الخطة : الرقم 03 -PP - PRC

المجموعة: الاخلاقيات وحقوق المريض	المعنيين بالسياسية : جميع العاملين الفنيين والإداريين في المستشفى
إعداد : لجنة الاخلاقيات وحقوق المريض	تاريخ الاعداد : 2025/5/20
دققت من قبل: مدير قسم الجودة	التوقيع:
اعتمد من قبل: مدير المستشفى	تاريخ التدقيق: 2025/10/ 30
عدد صفحات السياسة/الخطة: (16)	تاريخ الاعتماد: 2025/11 /1
	التوقيع:
	تاريخ المراجعة القادمة: 2027/11 /1
	الطبعة : الاولى

الأهداف:

1. ضمان الحصول على تفويض عام للمريض عند دخوله للمستشفى.
2. ضمان الحصول على موافقة خطية لعمل الإجراءات الطبية والجراحية في الحالات العادية والإجراءات الروتينية.
3. ضمان معرفة العاملين بالمستشفى للمخول لهم اعطاء التفويض الطبي عن المريض.
4. معرفة الإجراءات التي تحتاج الى تفويض طبي في الحالات الطارئة.

السياسات:

1. يتم اخذ التفويض الطبي للإجراءات التداخلية والجراحية من قبل المريض او ذويه وحسب القانون. PR.3
2. كل مريض يتطلب له إجراء علاجي أو تشخيصي وفقاً لقائمة الإجراءات التي تحتاج إلى تفويض والمعتمدة من إدارة المستشفى سيوقع على نموذج الموافقة المبينة على المعرفة قبل عمل الأجراء بعد شرح الطبيب المعالج له عن الفائدة من الإجراء والمضاعفات والمخاطر المترتبة على عمل الإجراء.
3. المريض صاحب الاهلية هو المخول بالتوقيع والمريض الفاقد لأهلية سيوقع عنه من أحد أقارب المريض على سبيل المثال (المريض فاقد الوعي (الغيبوبة)، اضطرابات عقلية أو الأطفال تحت سن الثامنة عشر. إسناداً للقانون العراقي. (قانون الصحة العامة العراقي- المادة 91 - الفقرة ب.) لا يجوز إجراء عملية جراحية، الا بموافقة المريض ذاته، اذا كان واعياً، واوحد اقاربه المرافقين له اذا كان فاقد الوعي او قاصراً، ويستثنى من ذلك حالة تعرض حياة المريض الى موت او خطر حال عند تاخر اجرائها، فيجوز عندئذ، اجراء العملية الجراحية، انفاذاً لحياة المريض، دون تحق الموافقة المذكورة) .
4. في الحالات الطارئة والتي يشكل التأخير في تقديم العلاج مخاطر بالغة بها سيتم البدء بالإجراء أو العلاج دون التوقيع المسبق على نموذج الموافقة المبني على المعرفة على أن يتم توثيق ذلك من قبل الطبيب مع بيان الظروف حسب القانون.

التعريفات:

1. نموذج الموافقة المبينة على المعرفة: هو النموذج الذي يتم التوقيع عليه من قبل المريض والطبيب الذي سوف يقوم بالإجراء أو العلاج، ويسبق القيام بالإجراء أو العلاج، ويختلف محتواه باختلاف الإجراء أو العلاج، ويناقش مع المريض بشكل تفصيلي.
2. العلاج: ما يقدم للمريض بهدف وقائي او علاجي ومن شأنه النهوض بصحة المريض ومنع المضاعفات.
3. المريض صاحب الأهلية: كل شخص يبلغ سن الرشد متمتعاً بقواه العقلية ولم يحجر عليه يكون كامل الأهلية لمباشرة حقوقه المدنية وسن الرشد هي ثماني عشرة سنة شمسية.
4. الحالة الطارئة: هي الحالة التي لا يمكن تأجيل الإجراء او العلاج فيها وأي تأخير هو تهديد لحياة المريض وقد يسبب مخاطر بالغة.

الأدوات / النماذج:

1. نموذج التفويض العام
2. تفويض الاطلاع على المعلومات الطبية
3. نموذج الموافقة والتفويض على إجراء العملية أو إجراء جراحي آخر.
4. نموذج الموافقة والتفويض على التخدير العام أو الجزئي ونقل دم.
5. نموذج الموافقة والتفويض على إجراء عملية رفع الرحم أو عقد الأنايب
6. نموذج الموافقة على التدخلات العلاجية لمرضى دخول الخدج.
7. نموذج الموافقة على إجراء الفحوصات باستخدام المواد الملونة.
8. نموذج الموافقة على نقل الدم ومشتقاته.
9. نموذج الموافقة على التلقيح الاصطناعي.
10. نموذج الموافقة على نقل الاجنة.
11. نموذج الموافقة على غسيل الكلى.
12. نموذج الموافقة على خياطة الجرح تحت التخدير الموضعي .

الاجراءات:

1. يقوم موظف الإدخال بتوقيع المريض على التفويض العام من المريض أو أحد أقاربه المرافقين عند إجراءات فتح الملف.
2. يتم الحصول على موافقة المريض الخطية على تنفيذ إجراءات طبية وجراحية من قبل الشخص الذي سيقوم بالإجراء، وعندما يكون المريض غير قادر أو غير مؤهل على إعطاء الموافقة؛ يتم إعطاء الموافقة خطياً من أحد أقاربه المرافقين، على سبيل المثال المرضى فاقدى الوعي (في غيبوبة) أو المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية، أو الاطفال تحت سن الثامنة عشرة) .
3. يتم اخذ الموافقة على الاجراءات التداخلية والجراحية حسب قائمة المداخلات الطبية وتتضمن ما يلي:
 - 3.1. نموذج تفويض موافقة على اجراء العمليات والإجراءات التداخلية ونقل الدم.
 - 3.2. تفويض وموافقة على التخدير العام أو الجزئي ونقل الدم ومشتقاته.
 - 3.3. نقل الدم ومشتقاته.
 - 3.4. الاجراءات أو المعالجات شديدة الخطورة (كالعلاج بالصدمة الكهربائية).
 - 3.5. رفع الرحم وربط الأنانيب.
 - 3.6. غسيل الكلى عند الغسلة الأولى.
 - 3.7. التلقيح الإصطناعي.
 - 3.8. نقل الأجنة من المستشفى الى مركز آخر.

• الاجراءات التشخيصيه الشعاعية (يوقع في حالات التخدير او استخدام المواد الملونه و يوقع قبل كل اجراء).

- Tissue Biopsy (Kidney، skin، Liver، Lung، breast.....).
- Diagnostic pleural or peritoneal tap.
- Chest tube insertion.
- CSF exam (Lumber puncture).
- Urine samples by supra pubic.
- Breast imaging for pregnant women.
- Breast imaging for women with implant.
- Breast imaging for women with pacemaker.
- كافة الفحوصات الشعاعية التي تجرى تحت التخدير العام
- فحص المفراس الملون للاوردة والشرايين التاجية

4. يتم الحصول على الموافقة الخطية من قبل المريض او ذوي المريض المرافق قبل البدء بالإجراء ويشرح الطبيب المعالج للمريض بلغة واضحة يفهمها المريض ويتم مناقشة الامور التالية:
 - 4.1. التشخيص - طبيعة المرض أو الإصابة أو الحالة الطبية التي يعاني منها المريض.
 - 4.2. طبيعة المعالجة المقترحة والغرض منها.
 - 4.3. توضيح المخاطر الكبيرة والفوائد المحتملة والشكوك التي تنطوي عليها المعالجة المقترحة بما في ذلك احتمالات نجاحها.
 - 4.4. توضيح البدائل والمخاطر الكبيرة والفوائد المحتملة التي تنطوي عليها.
 - 4.5. العواقب المترتبة على رفض المعالجة.
5. يشجع الطبيب المريض او من ينوب عنه بالتوقيع على طرح الاسئلة والاجابة على جميع الاستفسارات.
6. إذا تم سحب الموافقة في اي مرحلة يتم ايقاف الإجراء ويتم توثيق وقف الإجراء.
7. منح المريض وقتاً كافياً لطرح ما يراوده من استفسارات بشأن الرعاية الصحية المقترحة ومخاطرها والخيارات الأخرى المتاحة امامها والتشاور مع أفراد الأسرة والأصدقاء.
8. إجراءات عامة:
- 8.1. في العمليات او المداخلات المبرمجة يتم اخذ موافقة المريض او ذوي المريض المرافق حسب القانون و يتم توقيع التفويض عند حضوره يوم العملية.
- 8.2. يتم فحص المريض وتقييمه من قبل طبيب التخدير في عيادة التخدير أو في غرفة المريض وطلب الفحوصات اللازمة وحسب حالة المريض قبل إجراء العملية

- 8.3. في العمليات المبرمجة المحولة من عيادات الاطباء يتم اعطاء المريض تعليمات التحضير للعملية عند مراجعة العيادة ، و تحديد موعد العملية و التعليمات تنص على ضرورة وجود أحد أقاربه حسب القانون لاعطاء التفويض الطبي عن المريض اذا كان المريض غير مؤهل للتوقيع على التفويض.
9. المرضى المقيمين في المستشفى يتم اعطاؤهم التعليمات الخاصة بالإجراء و إجراء التحضيرات اللازمة للمريض داخل القسم وتوقيعه على نموذج التفويض من قبل الطبيب المعالج.
10. يتم توقيع التفويض الطبية الخاصة حسب الإجراء وقبل القيام بالإجراء وتوثيقه في الملف الطبي.
11. تكون مدة التفويض الطبي حسب كل إجراء، ويلغى في حالة إلغاؤه من قبل المريض او ذوي المريض المرافق.
12. يعتبر التفويض لمرضى غسيل الكلى ساري المفعول لمدة عام من التوقيع للتخفيف على المرضى ما لم تتغير طبيعة العلاج والية غسيل الكلى.
13. إذا كان المريض في حالة غيبوبة أو يفترق للصفة القانونية للتوقيع على نموذج الموافقة ولم يكن هناك من ذويه من يمكنه التوقيع نيابة عنه ولا يعتبر حالة طارئة يكون التأخير فيها مخاطر بالغة في هذه الحالة يتم التواصل من قبل مدير المستشفى مع مركز الشرطة لتقييم حالة المريض وإعطاء موافقة على الإجراء.
14. في الحالات الطارئة (عندما يقرر الطبيب ان التأخير في تقديم العلاج او الاجراء هو تهديد لحياة المريض وقد يسبب مخاطر بالغة) يتم اتخاذ الاجراءات التالية:
- 14.1. تقييم قدرة المريض على اعطاء الموافقة وفي حال عدم القدرة يتم البحث عن ينوب عن المريض بالتوقيع.
- 14.2. توثيق ظروف الحالة الطارئة التي تم عمل الإجراء لها
- 14.3. البدء بالإجراء الطبي بما فيه مصلحة المريض دون التأخير للحصول على الموافقة.
15. التأكد من توفر نماذج موافقة المريض في جميع المواقع المعنية في المستشفى.
16. التأكد من توثيق الموافقة الخطية في السجل الطبي قبل البدء بالإجراء.
17. يتم توجيه العاملين المعنيين بالسياسة والإجراءات الخاصة بالموافقة المبنية على المعرفة ويتم تطبيقها من قبل فريق رعاية المرضى.

المراجع:

قانون الصحة العامة العراقي- المادة 91

التفويض العام

أني المريض المذكور اسمه اعلاه / ذوي المريض المرافق / الموقع أدناه أقر بما يلي:

1. اتعهد بالالتزام بالنظام الداخلي للمستشفى والمحافظة على كافة الموجودات وأثاث الغرفة ودفع التعويض المالي لاي اضرار ناتج عنه لاستخدامها من قبلي.
2. واتعهد ببقاء مرافقين اثنين فقط بصحبتني اثناء تواجدي في المستشفى وفي حال المبيت اتعهد ببقاء مرافق واحد فقط وعند الحاجة الى وجود مرافق آخر يتم دفع اجور المرافق الاضافي والبالغة (50) ألف دينار .
3. واتعهد بعدم التدخين في كافة أروقة المستشفى وفي حال مخالفة ذلك اتعرض لغرامة مالية وحسب قانون وزارة الصحة العراقية.

إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض
المرافق بالتوقيع بدلا عنه مع بيان الأسباب.

- المريض دون 18 من العمر
- المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً
- أخرى

اسم ذوي المريض المرافق:

صلة القرابةالتوقيع:

أسم المريض

التوقيع

نموذج تفويض الإطلاع على المعلومات الطبية

انا المريض المذكور اسمه أعلاه / ذوي المريض المرافق:

افوض المدرجة أسمائهم أدناه بالاطلاع ومعرفة عامة على تفاصيل المعلومات الطبية والسريرية التي تخص حالتى المرضية.

1.

2.

3.

4.

المريض / ذوي المريض المرافق :

صلة القرابة: التوقيع:

الوقت:

التاريخ:

الموافقة والتفويض على إجراء العملية أو إجراء جراحي آخر ونقل دم

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

- أنني أوافق وأفوض كادر المستشفى والدكتور ومساعديه وزملائه من الاختصاصيين الآخرين لإجراء العملية..... أو أي إجراء آخر حسب الضرورة، نوع التخدير (عام، منطقي، موضعي) وقد تمت الإجابة على جميع استفساراتي بصورة مرضية وأقر بأنه لم يقدم لي أي ضمان بخصوص النتائج التي أحصل عليها. وقد قام الطبيب بشرح كافة المضاعفات التي من الممكن أن تحدث والبدائل للعلاج.
- 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.
- 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 والاطار 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.

إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض المرافق بالتوقيع بدلا عنه مع بيان الأسباب.

- المريض دون 18 من العمر
- المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً
- أخرى

اسم ذوي المريض المرافق:

صلة القرابةالتوقيع:

أسم المريض

التوقيع

اسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

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 الأهلي 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 العشائرية للمستشفى أو الطبيب في حال حصول أي مضاعفات أو وفاة لا سامح الله.
- ملاحظات طبيب التخدير:

.....

إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض المرافق بالتوقيع بدلا عنه مع بيان الأسباب. ○ المريض دون 18 من العمر ○ المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً ○ أخرى	أسم المريض
اسم ذوي المريض المرافق:	التوقيع
صلة القرابةالتوقيع:	

أسم طبيب التخدير:

التوقيع:

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/ مريضي وأتحمل 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 إحتتمالات 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 / مريضي والبدائل المتاحة والاطار 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 المريضة

التوقيع

أسم زوج المريضة / ولي

الأمر

التوقيع:

تاريخ التوقيع

أسم الطبيب المعالج :

التوقيع :

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 السيرة المرضية للخدج والأمراض المصاحبة وقد تم شرح هذا لي والبدائل المتاحة والاحطار الكامنة والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ 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 الاختصاص.
- 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 المريض/ة المسؤول
.....

التوقيع

تاريخ التوقيع:

أسم ولي أمر المريض
.....

التوقيع

تاريخ التوقيع:

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 وفقًا لما يراه الطبيب المعالج مناسبًا. 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، وأنني 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 : _____

تاريخ التوقيع: _____

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

أني المريض المذكور أعلاه / ذوي المريض المرافق الموقع 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 بأنني أستطيع سحب تفويضي هذا بأي وقت أثناء قبل البدء بالإجراء.

أسم المريض التوقيع: أسم الشاهد: التوقيع:	أسم ذوي المريض المرافق..... التوقيع: تاريخ التوقيع.....
---	---

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:

الموافقة والتفويض على إجراء التلقيح الاصطناعي

أني الزوج السيد..... / الزوجة السيدة / الموقعين أدناه:

- نقر بأننا قد تم شرح إجراء التلقيح الاصطناعي سواء التلقيح داخل الرحم IUI أو الإخصاب خارج الجسم (IVF) لنا بشكل واضح من قبل الفريق الطبي المتخصص، والغرض من إجراء التلقيح الاصطناعي، وتفاصيل الإجراء بما يشمل جمع البويضات، تلقيحها بالحيوانات المنوية، إعادة زرع الأجنة، والمتابعة بعد ذلك، وقد تم إتاحة الفرصة لنا لطرح جميع الأسئلة، وقد حصلنا على إجابات واضحة ومفهومة وتم إبلاغنا بالبدائل المتاحة.
- تم شرح طبيعة الإجراء، فوائده، مخاطره، ونسب النجاح المتوقعة بناءً على عمر الزوجة والحالة الصحية. وقد تمت الإجابة على جميع استفساراتنا بصورة مرضية ونُقر بأنه لم يقدم لنا أي ضمان بخصوص النتائج التي قد نحصل عليها.
- وقد تم شرح المخاطر والمضاعفات المحتملة، مثل فشل المحاولة، الحمل المتعدد، المضاعفات الدوائية، أو التفاعلات الهرمونية والتعهد بالخصوصية الكاملة للمعلومات والحفاظ على السرية الطبية.

أسم الزوجة	أسم الزوج
التوقيع	التوقيع
التاريخ:	التاريخ:

اسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

التاريخ:

نموذج موافقة على نقل الأجنة من مركز إلى آخر

نحن، الموقعين أدناه، نقر بما يلي:

- أننا نرغب في نقل الأجنة الخاصة بنا من مركز (.....).
- إلى مركز (.....). وأننا نوافق على إجراءات النقل بما يشمل تسليم، نقل، وحفظ الأجنة وفقاً للمعايير الطبية المعتمدة.
- أننا نفهم أن عملية نقل الأجنة تنطوي على مخاطر محتملة (مثل تلف الأجنة أو فقدانها نتيجة ظروف خارجة عن السيطرة رغم اتخاذ الاحتياطات اللازمة).
- أننا نخلي مسؤولية المركز الحالي من أي تبعات طبية أو قانونية بعد تسليم الأجنة إلى المركز الجديد أو الجهة الناقلة.
- أننا نوافق على مشاركة المعلومات والبيانات الطبية اللازمة بين المركزين لتسهيل عملية النقل وضمان الاستمرارية في العلاج.
- تفاصيل الأجنة المجمدة:
 - عدد الأجنة.....:
 - تاريخ التجميد.....:
 - نوع الأجنة: طازجة مجمدة
 - رقم الحاوية / الحفظ.....:
 - اسم المركز الحالي.....:
 - اسم المركز المراد النقل إليه.....:

أسم الزوج أسم الزوجة:

التوقيع التوقيع:

التاريخ: التاريخ:

أسم الطبيب المختص:

التوقيع:

التاريخ:

نموذج موافقة على إجراء الغسيل الكلوي

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

- أنني أوافق وأفوض كادر المستشفى والدكتور المختص ومساعديه لإجراء غسيل الكلى وقد تلقيت شرحًا كافيًا وواضحًا عن الإجراء، وقد أُتيحت لي الفرصة لطرح جميع أسئلتني وتمت الإجابة عليها بطريقة مفهومة

وقد تم الشرح لي من قبل الطبيب المختص طبيعة إجراء غسيل الكلى وكيفية تنفيذه، والنتائج المرجوة من العلاج والفوائد المتوقعة من غسيل الكلى وقد قام الطبيب بشرح كافة المضاعفات التي من الممكن أن تحدث والبدائل للعلاج.

- وقد تم ابلاغني بالمخاطر والمضاعفات المحتملة مثل: انخفاض ضغط الدم، الغثيان، التشنجات العضلية، العدوى، ومشاكل الأوعية الدموية وتم شرح أهمية الالتزام بمواعيد الجلسات والتعليمات الطبية والنظام الغذائي.

إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض المرافق بالتوقيع بدلا عنه مع بيان الأسباب.

- المريض دون 18 من العمر
- المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً
- أخرى

اسم ذوي المريض المرافق:

صلة القرابةالتوقيع:

أسم المريض

التوقيع

اسم الطبيب المعالج:

التوقيع:

نموذج موافقة على إجراء خياطة للجرح تحت التخدير الموضعي

- أني المريض المذكور أعلاه/ ذوي المريض المرافق / الموقع أدناه أقر بما يلي:
- أوافق وأفوض كادر قسم الطوارئ الطبيب/ الممرض في مستشفى مارينا الأهلي على إجراء خياطة للجرح تحت التخدير الموضعي. وقد تم الشرح لي عن طبيعة الإجراء، وفوائده، وقد أُجبت على جميع استفساراتي.
 - وقد تم ابلاغني بالمخاطر والمضاعفات المحتملة مثل: ألم أو حرقة في موضع الحقن. تورم أو احمرار مؤقت في موضع الجرح. احتمالية حدوث عدوى. احتمالية رد فعل تحسسي تجاه المخدر. ندبة دائمة أو تغير في لون الجلد في مكان الخياطة.
 - وقد تم الشرح لي من قبل الطبيب / الممرض في قسم الطوارئ طبيعة إجراء خياطة الجرح وكيفية تنفيذه، والنتائج المرجوة من العلاج والفوائد المتوقعة والبدائل الممكنة للإجراء .

إذا كان المريض غير مؤهل للموافقة، يقوم ذوي المريض المرافق بالتوقيع بدلاً عنه مع بيان الأسباب.

- المريض دون 18 من العمر
- المريض فاقد للعقل أو غير مؤهل عقلياً
- أخرى

اسم ذوي المريض المرافق:

صلة القرابةالتوقيع:

أسم المريض

التوقيع

اسم الطبيب / الممرض المعالج:

التوقيع: