



إسم السياسة /الخطة: سياسة رفض المعالجة أو إيقافها
رقم السياسة/ الخطة : الرقم 05 -PP - PRC

المعنيين بالسياسية : جميع العاملين الفنيين والإداريين في المستشفى		المجموعة: الاخلاقيات وحقوق المريض
توقيع رئيس اللجنة:	تاريخ الاعداد : 2025/5/20	إعداد : لجنة الاخلاقيات وحقوق المريض
التوقيع:	تاريخ التدقيق: 30 / 10 / 2025	دقتت من قبل: مدير قسم الجودة
التوقيع:	تاريخ الاعتماد: 1 / 11 / 2025	اعتمد من قبل: مدير المستشفى
تاريخ المراجعة القادمة: 1 / 11 / 2027	الطبعة : الاولى	عدد صفحات السياسة/الخطة: (4)

#### الأهداف:

1. بيان حق المرضى واسرهم الحق في رفض او عدم اكمال العلاج عندما يرتؤون ذلك.

#### السياسات:

1. يتم تطبيق سياسات وإجراءات موثقة تتصدى لحق المريض برفض أو إيقاف الرعاية الطبية المقدمة، المعالجة، العلاج، أو أي إجراء طبي يوصي به مقدم الرعاية الصحية.
2. تدريب الكادر على السياسة والإجراءات ويعملون وفقاً لها

#### التعريفات:

1. رفض المعالجة: حق المريض برفض أو إيقاف الرعاية الطبية المقدمة له.

#### الأدوات / النماذج:

1. نموذج رفض المعالجة / خروج على مسؤولية.
2. نموذج إيقاف العلاج / الاجراء

#### الإجراءات:

1. في حال قرر المريض او ذوي المريض المرافق عدم موافقه على العلاج او الاستمرار في المعالجة المقدمة اليه يقوم بابلاغ الممرض المسؤول .
2. يقوم الممرض بابلاغ الطبيب المقيم لايبلاغ الطبيب المعالج حول ذلك .
3. يتم نصح وارشاد المريض وذوي المريض واسرته من قبل الطبيب المعالج او الطبيب المقيم على العواقب الطبية المتوقعة من الرفض او التوقف عن العلاج للمريض ويتم توثيق ذلك .
4. يتم توثيق حيثيات المناقشة مع المريض او العائلة في السجل الطبي للمريض.
5. عند اصرار المريض وذوي المريض على رفض المعالجة يتم التوقيع على النموذج المخصص .
6. تحفظ النسخة من نموذج الرفض في الملف الطبي.
7. يحق للمريض او لذوي المريض العدول عن رفض العلاج بعد توقيع على النموذج المخصص ومتابعة علاجه في المستشفى.

#### المراجع:

السياسة الداخلية لمستشفى مارينا الأهلي.

## Form Discharge Against Medical Advice

نموذج الخروج على المسؤولية الخاصة للمريض

انا المريض / ذوي المريض المرافق : الموقع ادناه أُصرح بأن طبيبي الدكتور المذكور أعلاه.

قد بين لي بأن حالتي الصحية/ حالة المريض ، لا تسمح لي بمغادرة المستشفى وأن البقاء في المستشفى لا زال ضرورياً لإستكمال العلاج  
وانني أبين وأصرح بأنني ابرئ ذمة المستشفى واطباءها وموظفيها من أية مسؤولية مهما كانت.

المريض / ذوي المريض المرافق : .....

صلة القرابة: ..... التوقيع: .....

ملاحظات الطبيب المعالج:

.....

..... الوقت: .....

شاهد أول: ..... التوقيع: .....

شاهد ثاني: ..... التوقيع: .....

**Medical Release / Refusal Form**  
نموذج ايقاف المريض لعلاجه / الاجراء

العلامات الحيوية: (الضغط ..... النبض ..... الحرارة ..... التنفس .....)

تاريخ الدخول: ..... تاريخ الخروج ..... الوقت: .....

اسم العلاج/الإجراء: .....

انا الموقع ادناه قررت ايقاف العلاج / الاجراء المقرر لي خلال وجودي في مستشفى مارينا الأهلي والمذكور اعلاه وعلى مسؤوليتي الخاصة  
واتحمل نتائج هذا القرار بالرغم من النصح والارشاد لي من قبل الطبيب المعالج والفريق الطبي. وانني اتحمل المضاعفات المترتبة من ايقاف  
هذا العلاج وعليه اوقع.

أسم المريض / ..... التوقيع: .....

ذوي المريض المرافق: ..... صلة القرابة: ..... التوقيع: .....

ملاحظات الطبيب المعالج:

.....  
.....

.....

شاهد أول: ..... التوقيع: .....

شاهد ثاني: ..... التوقيع: .....

أسم الطبيب المعالج:

التوقيع: