



استمارة الموافقة و براءة الذمة...
للإجراءات التشخيصية / العلاجية /

ZMH- FO- PR- 2168



رمز دولي:

رقم الملف:

الطبيب
المعالج:

القسم:

اسم:

اسم العائلة:

تاريخ القبول:

السرير:

اسم الاب:

غرفة:

تاريخ الميلاد:

المستوى التعليمي للمريض / الوصي القانوني

يجب إكمال هذا الجزء من قبل الطبيب المعالج.

إني الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور في اطار وفي إطار التدابير التشخيصية والعلاجية التي تتخذ لتشخيص وعلاج مرض، قد
قدمت للمريض السيد/ السيدة/ الأنسة مستلم الخدمة □ أو ولي أمره/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ جميع الايضاحات الكاملة والمعلومات اللازمة حول
أهم أعراض المرض ونتائج العلاج المحتملة، كما أعلمته بالطرق البديلة. وتشمل المعلومات:

عواقب عدم الامتثال للتدابير التشخيصية والعلاجية فوائد الامتثال لطريقه التشخيص اوالعلاج المقترح

المضاعفات الكبيرة أو العواقب المحتملة لاستخدام طريقة التشخيص / علاج / الجراحة الموصى بها:

طريقة أو طرق التشخيص البديلة/ علاج / لجراحة مع الفوائد والآثار الجانبية المحتملة:

عواقب عواقب عدم قبول الإجراءات التشخيصية / علاج / الجراحة الموصى بها:

تاريخ وساعة الموافقة الواعية :

توقيع و ختم الطبيب المعالج :

يقوم المريض / ولى المريض القانوني بملء بملء هذا الجزء

إني الموقع أدناه (المريض □ ولى أمر المریض □ الوكيل القانوني للمريض □ رقم البطاقة الوطنية رقم جواز السفر الصادر من
..... تاريخ الولادة / / أعلن أنني قد اكتسبت من الطبيب المعالج / الطبيب المستشار السيد / السيدة الدكتور كافة المعلومات اللازمة
عن المرض والتدابير العلاجية وأعراض وعواقب كل منها، وعن الأساليب البديلة. كما أنني على علم تام بالتدابير التشخيصية والعلاجية لهذا المركز التعليمي والطبي، التي يقدمها فريق طبي من الأخصائيين.
ولهذا فأني أعلن موافقتي التامة على التدابير المذكورة وسائر التدابير التشخيصية والعلاجية التي يراها الأطباء والكادر الطبي وفقا للمعايير العلمية، وأبرئ ذمة فريق التشخيص والعلاج عن الأعراض المحتملة
الطارئة، على الرغم من مراعاة الموازين العلمية والفنية والقانونية، ولن أطلبهم بأي دعوى جزائية أو مدنية/

تاريخ وساعة الموافقة الواعية:

توقيع وبصمة المريض / الولى القانوني للمريض:

يتم ملء هذا الجزء في حال عدم الموافقة على التدابير التشخيصية – العلاجية المقترحة:

أعلن إعراسي عن قبول الخدمة وعدم موافقتي على التدابير التشخيصية – العلاجية المذكورة، وأبرئ ذمة فريق التشخيص والعلاج من جميع الأضرار والمخاطر اللاحقة عن عدم تقبل التدابير العلاجية
المقترحة، وليس لدى أي دعوى جزائية أو مدنية ضدّهم، وقد تفهّمت جميع الأخطار الناتجة عن عدم تقبل العلاج وبذلك أقبّل جميع العواقب المحتملة من ذلك.

ختم وتوقيع مشرف المستشفى :
التاريخ والساعة :

توقيع الطبيب مقدّم الخدمة وختمه
التاريخ والساعة :

توقيع وبصمة المريض / الولى القانوني للمريض:
التاريخ والساعة :

يتم ملء هذا الحقل من قبل الشاهد

الشاهد الثاني

الشاهد الأول:

الاسم الكامل واللقب اسم الاب

الاسم الكامل واللقب اسم الاب

تاريخ الولادة رقم الويه الوطني / جواز سفر

تاريخ الولادة رقم الهوية الوطنية / جواز السفر

صلته بالمريض رقم الهاتف

صلته بالمريض رقم الهاتف ..

توقيع وبصمة الشاهد الثاني

توقيع وبصمة الشاهد الأول

إذا تقدّم المريض بطلب الاستشارة، يتم ملء هذا الجزء من الكادر الطبي الشرعي للمستشفى

1. نمت مقابلة مستلم الخدمه □ الولي/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمه □ وتمت دراسة الملف السريري وأدرجت آراء الكادر الطبي المختص في استمارة الاستشارة للإفاده

2. نمت مطابقة مستمسكات مستلم الخدمه □ الولي/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمه □ السيد/ السيدة/ الأئسه..... مع المعلومات المذكوره في ملف المريض

3. تم التأكد من صلاحية مستلم الخدمه □ الولي/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمه □ لتقديم الموافقة القانونية وإبراء الذمه العلاجية ومدى أهليته لاتخاذ القرار في الشؤون العلاجية الموضحة.

4. إذا لم يتقبل المريض العلاج المقترح وأعلن عن موافقته الشخصية على مغادرة المستشفى/ المركز العلاجي، ينبغي إدراج رأي الطب العدلي حول صحة الإذعان القانوني لطلب المريض في استمارة الاستشارة للإفاده.

توقيع وبصمة مستلم الخدمه/ وليه/ وكيله القانوني

توقيع أخصائي الطب العدلي وختمه

التاريخ والساعه

التاريخ والساعه

يجب إكمال هذا الجزء من قبل طبيب التخدير في المستشفى

أنا الدكتور..... طبيب التخدير للمريض المذكور بخصوص الإجراء التشخيصي/العلاجي/الجراحي أنه من أجل تشخيص المرض أو علاجه التوضيحات الكافية و المعلومات الضرورية والمعلومات الضرورية عن أهم المزايا والمضاعفات والعواقب المحتملة وكذلك طرقها البديلة للسيد/السيدة متلقى الخدمه □ الوصي / الممثل القانوني لمتلقى الخدمه □ قمت بتقديم والذي يتضمن :

المضاعفات الرئيسية والعواقب المحتملة لاستخدام الطريقة التشخيصية/العلاجية/الجراحية الموصى بها:

طريقة أو طرق تشخيصية/علاجية/جراحية بديلة، مع ذكر الفوائد والآثار الجانبية المحتملة:

عواقب عدم قبول الإجراء التشخيصي/العلاجي/الجراحي الموصى به:

❖ الإجراءات الجراحية التشخيصية الغزوي: أسلوب جراحي تشخيصي علاجي يتم من خلاله أحداث شق بالتق في الجلد، أو الغشاء المخاطي للانسج الضام، أو يتم إدخال أدوات من خلال المسام الطبيعية للجسم. تشمل الاجراءات الجراحية الجلدية مجموعة من الاجراءات الطفيفة التوغل... (الخزعة، والاستئصال، والعلاج بالتبريد العميق للآفات الخبيثة، واستبدال الدعائم أو القسطرة، وإدخال تجايف الجسم من خلال الإبر أو المبرل) وحتى عمليات زرع الأعضاء المتعددة المتقدمة.

❖ الإجراءات التشخيصية: الأشعة السينية التشخيصية، تصوير الأوعية ERCP، تنظير البطن، إلخ...

❖ العلاج: العلاج بالصدمة، العلاج الكيميائي، الدم ومشتقاته، التخدير والتخدير المتوسط إلى العميق و...

❖ الجراحة: فتح البطن التشخيصي، الخزعة، إلخ.

ملاحظة:

يجب على المريض/الممثل القانوني المحترم أن يأخذ الموافقة المستنيرة واستمارة الإفراج عن الإجراءات التشخيصية/العلاجية/الجراحية من قبل الطبيب المعالج فقط مع بطاقة الهوية المعروفة ذات صورة واضحة يمكن رؤيتها من مسافة متر واحد ويمكن قراءتها على صدره. فليسمح لك أن تطلب من طبيبك التأكد من محتويات خطاب الموافقة هذا والتوقيع عليه بعد الفهم الكامل.



