



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة	رمز السياسة	MOH	POL	D	PR	05
عدد الصفحات: 11 صفحة	الطبعة: الثانية					

الوحدة التنظيمية: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة		
الجهة المعنية بتنفيذ السياسة: الكوادر الطبية والفنية والإدارية في المنشآت التابعة لوزارة الصحة		
الإعداد: قسم تطوير وإدارة السياسات م.ق. لمى عصفور م.ق. داليا زياد	التوقيع: التوقيع:	تاريخ الإعداد: 2024 / 6 / 3
التدقيق والمراجعة: لجنة مراجعة وتطوير دليل الموافقة المبنية على المعرفة د. نجود فارس / رئيس قسم تطوير وإدارة السياسات د. أريج القيسي / مديرية الصيدلية والصيدلة السريرية د. أنوار الشماسنة / مديرية بنك الدم ق.ق. لميس جرادات / مديرية صحة المرأة والطفل الأستاذ بلال العدوان / مديرية الشؤون القانونية د. أيمن النعيمات / مديرية طب الأسنان د. محمد الشرع / أخصائي جراحة/إدارة مستشفيات البشير د. عبد الواحد صالح / أخصائي تخدير/ إدارة مستشفيات البشير محمد جميل / مستشار مجلس اعتماد المؤسسات الصحية	التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع:	تاريخ المراجعة: 2024 / 8 / 29
التدقيق من ناحية ضبط الجودة: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة	التوقيع:	تاريخ تدقيق ضبط الجودة: 2024 / 9 / 1
الإعتماد: الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية	التوقيع:	تاريخ الإعتماد: 2024 / 9 / 2

وزارة الصحة
مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة
السياسات والإجراءات
Policies & Procedures

٢٠٢٤ / ٩ / ٢

ختم الاعتماد

Approved

تتم مراجعة السياسة كل سنتين على الأقل من تاريخ اعتماد آخر طبعة:		
رقم الطبعة	تاريخ الاعتماد	مبررات مراجعة السياسة

ختم النسخة الاصلية

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة	رمز السياسة	05	PR	D	POL	MOH
عدد الصفحات: 11 صفحة	الطبعة: الثانية					

موضوع السياسة:

كل متلقي/ة خدمة يتطلب له/ها علاج / عملية / إجراء طبي أو صحي، علاجي أو تشخيصي سيوقع/ستوقع خطيًا على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة وفقاً لقائمة الإجراءات الطبية والصحية المعتمدة من قبل وزارة الصحة وذلك قبل العلاج / العملية / الإجراء وبعد شرح مقدم/ة الخدمة عن الفائدة منه والمضاعفات والمخاطر المحتملة المترتبة عليه أو عدمه والبدائل المتاحة (إن وجدت).

الفئات المستهدفة:

كافة الكوادر الطبية والفنية والإدارية في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.

الهدف من السياسة /المنهجية:

1. الحفاظ على حق متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً بالمعرفة المسبقة بالإجراءات الطبية والصحية التي ستجرى له/ها وذلك بتوفير المعلومات اللازمة عنها.
2. إشراك متلقي/ة الخدمة في إدارة حالته/ها الصحية وصنع القرار لضمان سلامة وجودة الرعاية الصحية المقدمة.
3. توفير الحماية القانونية للكوادر المعنية.
4. تطبيق القوانين والأنظمة والتعليمات المعمول بها في المملكة الأردنية الهاشمية الخاصة بالموافقة الحرة المستنيرة.

التعريفات:

1. الموافقة الحرة المستنيرة: رضا متلقي/ة الخدمة أو من يمثله/ها قانوناً عن كل إجراء طبي أو صحي، علاجياً أو وقائياً بعد إخباره/ها بطريقة ي/تفهمها بمضمونه ونتائجه وآثاره الإيجابية و/أو السلبية وبدائله (قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 20 لسنة 2017)، (معايير اعتماد المستشفيات من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الطبعة الرابعة عام 2020).
2. الإجراءات الطبية والصحية: الفحص السريري والمخبري والشعاعي والمعالجة الفيزيائية والاختصاصية والاستشارات الطبية والعمليات الجراحية والولادة والأدوية والإقامة أو أي إجراء له علاقة بتقديم الخدمة في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة (قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018).
3. المنشآت: المستشفيات ومديريات الصحة والمراكز الصحية وبنوك الدم التابعة لوزارة الصحة.
4. المنشآت الصحية: المستشفيات والمراكز الصحية وبنوك الدم التابعة لوزارة الصحة.
5. المراكز الصحية: كافة المراكز الصحية الشاملة والأولية والفرعية والمتخصصة التابعة لوزارة الصحة.
6. متلقي/ة الخدمة: الشخص الذي يخضع للإجراءات الطبية والصحية من قبل مقدم/ة الخدمة (معايير اعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الطبعة الرابعة عام 2022).

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

7. **مقدمة الخدمة:** أي شخص طبيعى أو اعتباري يزاول مهنة من المهن الطبية أو الصحية وي/تقوم بعمل من أعمال الخدمة أو ي/تشارك في القيام بها وفقاً لأحكام التشريعات المعمول بها (قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018).

8. **الحالة المهددة للحياة:** أي حالة قد تسبب الوفاة إذا لم يتم علاجها بسرعة وبشكل مناسب ويشمل ذلك مجموعة واسعة من حالات الطوارئ الطبية الحادة، مثل الصدمات الشديدة والنوبات القلبية والسكتات الدماغية فضلاً عن الحالات المزمنة التي قد تصبح مهددة للحياة إذا تفاقم أو لم تتم إدارتها بشكل صحيح (منظمة الصحة العالمية).

9. **الحالة الطارئة:** حالة تتطلب عناية طبية فورية لمنع حدوث عواقب صحية خطيرة مثل إصابة بالغة أو إعاقة أو وفاة يمكن أن تشمل هذه الحالات مجموعة واسعة من السيناريوهات بما في ذلك الأمراض المفاجئة أو الحوادث أو الكوارث الطبيعية أو نقشي الأمراض المعدية (منظمة الصحة العالمية).

10. **الرفض الحر المستنير:** عدم الموافقة للخضوع لأي إجراء طبي أو صحي علاجياً أو وقائياً، ضرورياً أو اعتيادياً (غير طارئ).

11. **نموذج الموافقة الحرة المستنيرة:** التفويض الطبي الذي يتم التوقيع عليه خطياً من قبل متلقي/ة الخدمة "أو من ينوب عنه/ها قانوناً" ومقدم/ة الخدمة، ويسبق القيام بالإجراء الطبي أو الصحي ويختلف محتواه باختلاف الإجراء ويُناقش معه/ها بشكل تفصيلي.

12. **عناصر نموذج الموافقة الحرة المستنيرة:** مجموعة من الشروط الواجب توفرها في كل نموذج موافقة حرة مستنيرة وهي:

12.1 البيانات الخاصة بكل من (اسم المنشأة والقسم) ومتلقي الخدمة (الاسم الكامل، العمر أو تاريخ الميلاد، الجنس، الرقم الوطني أو التسلسلي) ومقدم الخدمة (الاسم والتوقيع والختم) واليوم والتاريخ والوقت.

12.2 الشمول بمراعاة متطلبات الوصول المختلفة لمتلقي/ة الخدمة مثل توفير النماذج بأشكال تناسبه/ها.

12.3 الإفصاح ومعرفة كل ما سيتم القيام به، والأثر الطبي والقانوني المترتب على موافقة متلقي/ة الخدمة أو رفضه/ها الإجراء الطبي أو الصحي بكل وضوح، وتجنب استخدام المصطلحات الطبية، ومراعاة المستوى التعليمي.

12.4 الموضوعية بحيث ي/تجرد القائمون/ات على تطويره من أي أحكام أو افتراضات مسبقة، مثل النظرة النمطية الأبوية اتجاه متلقي/ة الخدمة.

12.5 التشخيص ويشمل طبيعة المرض أو الإصابة أو الحالة الطبية التي يعاني منها متلقي/ة الخدمة.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

12.6 طبيعة الإجراءات الطبية والصحية المقترحة والغرض منها.

12.7 توضيح للمخاطر الكبيرة والفوائد المحتملة والشكوك التي تنطوي عليها الإجراءات الطبية والصحية المقترحة بما في ذلك احتمالات نجاحها.

12.8 توضيح للبدائل والمخاطر الكبيرة والفوائد المحتملة التي تنطوي عليها.

12.9 العواقب المترتبة على رفض الاجراء الطبي أو الصحي.

13. العلاج: ما يقدم لمتلقي/ة الخدمة بهدف وقائي أو علاجي ومن شأنه النهوض بصحته/ا وتقليل أو منع المضاعفات.

14. المستشفى الافتراضي: منشأة تقدم مجموعة من خدمات الرعاية الطبية والصحية عن بعد باستخدام تكنولوجيا المعلومات والوسائل الإلكترونية المتقدمة وتشمل على الاستشارات والتشخيص والعلاج والتدخلات الطبية ومراقبة متلقي/ات الخدمة عن بعد عن طريق المنصات الرقمية بسهولة ومرونة.

15. الإجراءات الطبية التي تتطلب توقيع متلقي الخدمة خطياً أو من ينوب عنه/ا قانوناً قبل تقديم الإجراء في المستشفى:

15.1 الدخول إلى المستشفى.

15.2 العمليات الجراحية بجميع أنواعها.

15.3 التخدير بأنواعه.

15.4 نقل الدم ومكوناته للحالات غير الطارئة.

15.5 الإجراءات أو المعالجات شديدة الخطورة (كالعلاج بالصدمة الكهربائية والعلاج بالأشعة والعلاج الكيميائي).

15.6 التبرع بالأعضاء والأنسجة وزراعتها.

15.7 سحب الدم العلاجي: ويتم أيضاً في بنوك الدم.

15.8 خياطة الجروح.

15.9 الخزعات بأنواعها.

15.10 القسطرة الوريدية المركزية والقسطرة الشريانية.

15.11 الأشعة التشخيصية والصور الشعاعية التي يستخدم فيها مادة ملونة و/أو تخدير.

15.12 إعطاء المواد المشعة لغايات علاجية أو تشخيصية.

15.13 بزل الظهر (Lumbar puncture) والنخاع الشوكي.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

- 15.14 تنظير مختلف تجايف الجسم.
- 15.15 الإجراءات المتعلقة بالجهاز التنفسي الاختيارية (Elective Intubation) مثل تركيب الأنبوب الرغامي (Endotracheal tube) أو أنبوب القصبة الهوائية (Tracheostomy).
- 15.16 المشاركة في البحث العلمي.
- 15.17 تركيب وصلات غسيل الكلى.
- 15.18 غسيل الكلى (Hemodialysis) وغسيل الكلى البريتوني (Peritoneal Dialysis)
- 15.19 زراعة الأسنان.
- 15.20 تلقي خدمات المستشفى الافتراضي.
- 15.21 أي مستجدات قانونية تتعلق بالإجراءات الطبية والصحية.
- 15.22 أخرى: أي إجراء يراه الطبيب موجباً لتوقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج موافقة حرة مستنيرة مع ذكر الإجراء في النموذج المستخدم.
16. الإجراءات الطبية التي تتطلب توقيع متلقي الخدمة خطياً أو من ينوب عنه قانوناً قبل تقديم الإجراء في المركز الصحي:
- 16.1 تركيب غرسات الإمبلان.
- 16.2 تركيب اللولب.
- 16.3 القلع الجراحي للأسنان.
- 16.4 خياطة الجروح.
- 16.5 زراعة الأسنان.
- 16.6 أي مستجدات قانونية تتعلق بالإجراءات الطبية والصحية.
- 16.7 أخرى: أي إجراء يراه الطبيب/ة موجباً لتوقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج موافقة حرة مستنيرة مع ذكر الإجراء في النموذج المستخدم.
17. يتم الحصول على موافقة متلقي/ة الخدمة خطياً لعمر 18 سنة وأكثر أما في حال فقدان الأهلية فيتم الحصول على الموافقة من قبل الأطراف المخولة قانوناً لاتخاذ القرار نيابةً عنه/ا وذلك حسب القوانين الأردنية المعمول بها كالتالي:
- 17.1 الأب أو الأم لمتلقي/ة الخدمة (18 سنة فما دون) أو الوصي القانوني لمتلقي/ة الخدمة.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

اسم السياسة: الموافقة الحرة المستتيرة	رمز السياسة	MOH	POL	D	PR	05
عدد الصفحات: 11 صفحة	الطبعة: الثانية					

17.2 في الحالات التي تفوض المحكمة أو السلطات القانونية شخصاً أو مؤسسة للقيام بالإجراء أو العلاج ويتم ذلك حسب النصوص القانونية المعمول بها.

المسؤوليات:

1. كادر السجل الطبي في المنشأة الصحية:

1.1 توفير جميع نماذج الموافقة الحرة المستتيرة لجميع الأقسام المعنية بكل نموذج.

1.2 حفظ النماذج الموقعة حسب الأصول في السجل الطبي.

1.3 توقيع متلقي/ة الخدمة على النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستتيرة عند الدخول إلى المستشفى من ضمن إجراءات الدخول للمستشفى.

2. لجنة السجلات الطبية وإدارة المعلومات: مراجعة النماذج الموقعة حسب الأصول في ملفات متلقي/ات الخدمة للتأكد من التزام الكوادر بها.

3. الطبيب/ة المعالج/ة أو من سيقوم بالإجراء في المنشأة الصحية:

3.1 الشرح لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً عن الإجراء الطبي والصحي بوضوح وشفافية وبلغة ي/تفهمها.

3.2 توقيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً على نموذج الموافقة الحرة المستتيرة قبل البدء بالإجراء الطبي والصحي وحفظه داخل الملف الطبي.

4. التمريض والقابلات والفتيات في المنشأة الصحية: التأكد من وجود نماذج الموافقة الحرة المستتيرة موقعة داخل الملف الطبي قبل القيام بالإجراء الطبي أو الصحي الذي يحتاج إلى توقيع مسبق من متلقي/ة الخدمة وحفظه في الملف الطبي الخاص به/ها.

5. مسؤولو/ات الأقسام في المنشأة الصحية:

5.1 تعريف الكادر الجديد في المنشأة الصحية على عملية الحصول على الموافقة الحرة المستتيرة من متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً والإجراءات الطبية والصحية التي تتطلب الحصول على الموافقة المسبقة.

5.2 متابعة توفر نماذج الموافقة الحرة المستتيرة وحفظ الموقع منها في الملف الطبي لمتلقي/ة الخدمة.

6. وحدة الجودة في المستشفى ومديرية الصحة: توعية وتدريب الكوادر على دليل الموافقة الحرة المستتيرة واستخدام النماذج ومتابعة تعبئتها بالشكل الصحيح وحسب الأصول.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة	رمز السياسة	MOH	POL	D	PR	05
عدد الصفحات: 11 صفحة	الطبعة: الثانية					

7. لجنة تحسين الجودة وسلامة المستفيدين: متابعة نتائج المؤشرات ومناقشتها ووضع الخطط التحسينية ومتابعة تعبئة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة حسب الأصول.
 8. وحدة التوعية والإعلام الصحي في مديريات الصحة: تدريب الكوادر في مديريات الصحة والمراكز الصحية على استخدام نماذج الموافقة الحرة المستنيرة الخاصة بهم وتوعية المجتمع المحلي بأهمية الموافقة الحرة المستنيرة من خلال لجان المجتمع المحلي المشكلة.
 9. وحدة التعليم المهني المستمر: تدريب الكوادر على طريقة استخدام وتعبئة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة حسب الأصول.
 10. مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة: التعديل على النماذج واستحداث نماذج جديدة واعتمادها حسب الأصول.
- الأدوات:

1. الملف الطبي الورقي/ الإلكتروني.
2. الماسح الضوئي (إن وجد).

الإجراءات:

1. يقوم كادر السجل الطبي بما يلي:
 - 1.1 الحصول على موافقة متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً في قسم الإدخال وفقاً للنموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى وتوقيعه/ها عليه.
 - 1.2 حفظ نموذج الموافقة الحرة المستنيرة المعبأ في الملف الطبي الورقي مع مراعاة الحفاظ على أمن وسرية المعلومات الخاصة بمتلقي/ة الخدمة وضمان وجود ملف طبي واحد لكل متلقي/ة خدمة.
 - 1.3 مسح نموذج الموافقة الحرة المستنيرة المعبأ حسب الأصول ورفعها على ملف متلقي/ة الخدمة الإلكتروني (إن توفر الماسح الضوئي) ويحفظ النموذج الورقي في الملف الطبي الورقي.
 - 1.4 حفظ نموذج الموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة في البحث العلمي في ملف خاص بالأبحاث.
 - 1.5 حفظ نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول في ملف متلقي/ة الخدمة.
2. يقوم التمريض والقابلات والفنيون/بات في المنشأة الصحية بما يلي:
 - 2.1 التأكد من تواجد كافة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة التي يحتاجها القسم.
 - 2.2 التأكد من أن النماذج داخل الملف الطبي قبل تعبئته من الشخص المعني.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستتيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

- 2.3 التأكد من أن النماذج معبئة حسب الأصول وموقعة ومختومة من قبل الطبيب/ة المعالج/ة وقبل تقديم الإجراء.
3. ي/تقوم الطبيب/ة المعالج/ة أو من سي/تقوم بالإجراء بما يلي:
- 3.1 الشرح لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا بلغة واضحة ي/تفهمها وي/تقوم بمناقشة ما يلي:
- 3.1.1 التشخيص وطبيعة الحالة المرضية أو الإصابة.
- 3.1.2 طبيعة الإجراء والهدف منه.
- 3.1.3 الفائدة المترتبة عليه والمخاطر والمضاعفات ونسب النجاح المتوقعة.
- 3.1.4 فوائد البدائل العلاجية ومخاطرها "إن وجدت".
- 3.1.5 الآثار الجانبية والمخاطر المترتبة على عدم القيام بالإجراء الطبي أو الصحي.
- 3.2 تشجيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا على طرح الأسئلة والإجابة على جميع استفساراته/ها بلغة سهلة وي/تفهمها.
- 3.3 توثيق التثقيف الصحي المقدم لمتلقي/ة الخدمة على الملف الطبي الخاص به/ها.
- 3.4 الحصول على توقيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا على نموذج الموافقة الحرة المستتيرة الخاص بالإجراء الطبي والصحي.
4. في حال كان التدخل الجراحي يتضمن أكثر من مرحلة فإنه لا يشترط الحصول على الموافقة الحرة المستتيرة عند كل مرحلة ويجب توضيح ذلك في النموذج.
5. يكون النموذج موقعًا حسب الأصول من قبل جميع الأطراف المعنية بالنموذج قبل الإجراء ويعد لاغيًا إذا تجاوز التوقيع "24 ساعة" إلا في الحالات المذكورة في بند "6".
6. يعتبر نموذج الموافقة الحرة المستتيرة صالح لمدة شهر من تاريخ توقيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا على أن تتوفر الشروط التالية:
- 6.1 بقاء متلقي/ة الخدمة في المستشفى طيلة هذه الفترة.
- 6.2 لم يحدث تغيير على حالة متلقي/ة الخدمة.
- 6.3 لم يتغير الإجراء أو العلاج.
- وفي حال حدوث أي إخلال في الشروط الثلاثة السابقة، فإن ذلك يتطلب الحصول على موافقة جديدة من متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة	رمز السياسة	05	PR	D	POL	MOH
عدد الصفحات: 11 صفحة	الطبعة: الثانية					

ويستثنى من ذلك متلقي/ة الخدمة الذي/التي ي/تدخل مسار علاج معين، وهذا المسار لا يتغير من زيارة لأخرى وبالتالي يتم أخذ الموافقة في بداية العلاج، أما إذا تغير الفريق الطبي أو تغير المسار العلاجي فيتم أخذ موافقة جديدة (مثال: مرضى غسيل الكلى، والتلاسيما، والعلاج الكيماوي).

7. إذا كان/ت المريض/ة في حالة غيبوبة أو مجهول/ة الهوية أو ي/تفتقر للصفة القانونية (مثل: الأطفال ...) ويجب عليه/ا التوقيع على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة ولم يكن هناك من ذويه/ا من يمكنه التوقيع نيابة عنه/ا وي/تعتبر حالة طارئة ويكون التأخير فيه مخاطر بالغة، فيتم تشكيل لجنة مكونة من طبيبي/تان اختصاص لأخذ القرار الطبي وفي حال كان/ت كل طبيب/ة له/ا رأي مختلف يتم استشارة طبيب/ة ثالث/ة وأخذ القرار بالأغلبية، ومن ثم تقديم الخدمة الطبية اللازمة لمتلقي/ة الخدمة حسب ما تقتضيه حالته/ا الصحية والتي تقرها اللجنة ويوثق ذلك على الملف الطبي ويتم التواصل مع المدعي العام الشرعي بعد الاجراء الطبي في الحالات التي تم اتخاذ قرار بشأنها.

8. في الحالات الطارئة وعندما ي/تقرر الطبيب/ة أن التأخير في تقديم العلاج أو الإجراء هو تهديد لحياة متلقي/ة الخدمة وقد يسبب مخاطر بالغة يتم اتخاذ الإجراءات التالية:

8.1 تقييم قدرة متلقي/ة الخدمة على إعطاء الموافقة وفي حال عدم القدرة يتم البحث عن ينوب عنه/ا قانوناً للتوقيع على النموذج.

8.2 توثيق ظروف الحالة الطارئة التي تم القيام بالإجراء لها.

8.3 البدء بالإجراء الطبي دون موافقة متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ا قانوناً "إن لم يتوفر" ويتم التواصل مع المدعي العام الشرعي بعد الاجراء الطبي في الحالات التي تم اتخاذ قرار بشأنها.

استناداً إلى المادة (8) بند (أ) من قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018 "يحظر على مقدم الخدمة ما يلي: أ. معالجة متلقي الخدمة دون رضاه وتستثنى من ذلك الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة لأي سبب من الأسباب أو التي يكون فيها المريض معدياً أو مهدداً للصحة أو السلامة العامة وفق ما ورد في التشريعات النافذة".

9. في الحالات غير الطارئة لمجهول/ة الهوية ي/تقوم الطبيب/ة بالتواصل مع المدعي/ة العام/ة الشرعي/ة الذي/التي بدوره/ا ي/تمثل متلقي/ة الخدمة وي/تقوم بالإيعاز للطبيب/ة بالقيام بالإجراء الطبي أو الصحي وفق الأصول الطبية والدستور الطبي وبما يحقق المصلحة الفضلى.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

10. متلقي/ة الخدمة الذي/التي ي/ترغب في الاشتراك في الأبحاث العلمية داخل المنشآت التابعة لوزارة الصحة سي/توقع على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة قبل الاشتراك في البحث بحيث يتضمن النموذج على العناصر الأساسية وهي أهداف البحث وفوائده وأي مخاطر أو مضايقات متوقعة والإجراءات البديلة المناسبة أو دورات العلاج (حسب طبيعة البحث) ومدة مشاركة المشترك/ة والمتطوع /ة والشخص الذي يمكن الاتصال به للحصول على إجابات عن الأسئلة أو في حالة حدوث إصابة أو طوارئ متعلقة بالبحث وبيان أن المشاركة طوعية وأن رفض المشاركة لن يؤدي إلى أي عواقب أو أي خسارة في المزايا التي يحق للشخص الحصول عليها وبيان حق المشارك في السرية والحق في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون أي عواقب ويتم الاحتفاظ بالوثائق في السجلات الطبية لإبلاغ مقدمي الرعاية الصحية ذوي الصلة بموضوع مشاركة موضوع البحث في الأبحاث.
- للدراستات التي قد تؤثر على صحة الشخص وعلاجه وإذا تغيرت نسبة المخاطر والمزايا، فيتم إبلاغ المشاركين بالتغيير ثم يطلب منهم إعادة الموافقة على المشاركة في البحث.
11. في حالة التبرع وزراعة الأعضاء ي/تقوم الطبيب/ة المعالج/ة بتوقيع المتبرع/ة بالعضو ومتلقيه/ته على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة ونموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير بالإضافة إلى الاستمارة المعتمدة من المركز الأردني لزراعة الأعضاء.
12. يتم استخدام "استمارة الموافقة على الإجراءات الطبية" في حالات العنف المذكورة في دليل العاملين في وزارة الصحة للتعامل مع حالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل لسنة 2021, ومن ثم استخدام النماذج المعتمدة في هذه السياسة لأي إجراء يتطلب موافقة حرة مستنيرة "المذكور أعلاه".
13. يجب أن يكون نموذج الموافقة الحرة المستنيرة الموقع خاص بالإجراء أو العلاج المراد تقديمه لمتلقي الخدمة ويكون التوقيع عليه طوعياً ومبنياً على المعرفة التامة واختيارياً بحيث يحق لمتلقي/ة الخدمة رفض العلاج أو العملية أو الإجراء أو الدخول بعد أن يتم تزويده/ها بكافة المعلومات المتعلقة بفوائده ومخاطره والبدائل الممكنة وفي حال رفض متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً فعلياً يجب أن ي/توقع على نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول من قبل الطبيب/ة المعالج/ة وتوثيق وحفظ النموذج في الملف الطبي.
14. في حال رفض متلقي/ة الخدمة توقيع نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول يتم توقيع الطبيب/ة المعالج/ة على النموذج وكتابة أن متلقي/ة الخدمة رفض التوقيع على نموذج الرفض.
15. على مقدمي/ات الخدمات الطبية والصحية إيجاد الطريقة المثلى في التعامل مع الأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن والأطفال والأميين كما هو موضح في الدليل الإرشادي للموافقة الحرة المستنيرة.



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة					رمز السياسة
عدد الصفحات: 11 صفحة					الطبعة: الثانية
MOH	POL	D	PR	05	

16. يعتبر تركيب القسطرة الوريدية (Cannula) والقسطرة البولية وأنبوب التغذية المعدي (OGT and NGT) من الإجراءات الروتينية التي يشملها النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى.
17. على مقدمي/ات الخدمات الطبية والصحية الحصول على موافقة خطية من متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً قبل النقاط صورة أو تسجيل صوتي أو تصوير فيديو في المستشفى الافتراضي أو غيره.
18. يتم الاحتفاظ بنماذج الموافقة الحرة المستنيرة الموقعة حسب الأصول في الملف الطبي لمتلقي/ة الخدمة.
19. يجب أن يتوفر النموذج موقع حسب الأصول في ملف متلقي/ة الخدمة الطبي في كل مرة يتم فيها استخدام الخدمة التي تحتاج لتوقيعه/ها وفي حال عدم توفر النموذج في الملف يتم توقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج جديد.
20. يجب أن تكون عناصر النموذج مكتملة في حال استجد نموذج جديد واعتماده حسب الأصول من خلال مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة.

النماذج / المرفقات:

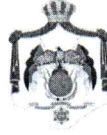
1. قائمة النماذج المستخدمة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.
2. نماذج الموافقة الحرة المستنيرة.
3. نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول.

مؤشرات الأداء:

1. نسبة التزام الكوادر بتعبئة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة حسب الأصول (عدد النماذج الموقعة / عدد متلقي الخدمة الذين تم اجراء لهم اجراء يحتاج إلى موافقة حرة مستنيرة) ربعياً.

المراجع:

1. الدليل الإرشادي للموافقة الحرة المستنيرة الإصدار الثاني لسنة 2024.
2. قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018.
3. قانون حماية البيانات الشخصية رقم 24 لسنة 2023.
4. نظام التأمين الصحي المدني وتعديلاته رقم (83) لعام 2004.
5. منظمة الصحة العالمية.



وزارة الصحة

مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة

قائمة النماذج المستخدمة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة وصلاحيته

اسم النموذج	استخداماته	صلاحيته
1. النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى	يستخدم عند الدخول للمستشفى في كل مرة.	تنتهي صلاحيته بخروج متلقي/ة الخدمة من المستشفى.
2. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير	يستخدم في حال إعطاء المريض/ة أي نوع من أنواع التخدير في المستشفيات.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الاجراء الذي تم له التخدير.
3. نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول	يستخدم النموذج في حال رفض متلقي/ة الخدمة أي إجراء طبي أو صحي أو علاج أو عملية أو دخول في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته برضا متلقي/ة الخدمة باتخاذ الاجراء / العملية / العلاج / الدخول ويتم بتوقيعه/ها على النموذج الخاص بالخدمة.
4. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة الطوعية في البحث العلمي	يستخدم عند مشاركة متلقي/ة الخدمة في الأبحاث التي يتم فيها اختبار علاج أو إجراء عليه أو تحتاج إلى معلومات وآراء شخصية تخصه/ها في المنشآت التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الوقت المتفق عليه مع المشارك/ة في النموذج.
5. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإعطاء العلاج الكيماوي / البيولوجي	يتم توقيع متلقي/ة الخدمة الذي/التي يـ/تسلك مسار العلاج الكيماوي / البيولوجي أيًا كان التشخيص مرة واحدة لكل مسار بحيث لم يتغير الفريق الطبي والمسار وفي حال تغير الفريق أو المسار أو نوع العلاج يتم أخذ موافقة جديدة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء المسار العلاجي المتفق عليه مع متلقي/ة الخدمة أو تغير الفريق المعالج أو المسار العلاجي أو نوع العلاج.
6. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة	يعتبر هذا النموذج عام ويستخدم لجميع الإجراءات الطبية والصحية والعلاجات والأشعة وأنواع الخزعات والتبرع بالأعضاء وزراعتها وغيرها. بالإضافة إلى تركيب غرسات الإمبلانوت وتركيب اللولب في المستشفيات.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الاجراء / العملية / العلاج / الخزعة ويجدد في كل اجراء جديد ويمكن استخدامه في الحالات التي يـ/تراها الطبيب/ة موجبة لأخذ موافقة متلقي/ة الخدمة.
7. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة	يستخدم للحالات النسائية الخاصة التي تحتاج إلى موافقة الزوج مثل استئصال	تنتهي صلاحيته بانتهاء العملية وما يرتبط فيها من اجراءات.



وزارة الصحة

مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة

اسم النموذج	استخداماته	صلاحيته
إجراء عملية للحالات الخاصة بالنسائية	الرحم أو ربط الأنابيب أو غيرها في المستشفيات.	
8. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لنقل الدم ومكوناته	يستخدم في حالات إعطاء الدم و/أو مكوناته لمتلقي/ة الخدمة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء نقل الدم خلال فترة الدخول إلى المستشفى وينتهي بخروج متلقي/ة الخدمة من المستشفى. أما من يسلكون مسار علاجي معين يتم أخذ الموافقة في بداية العلاج، إلا إذا تغير الفريق الطبي أو تغير المسار العلاجي فيتم أخذ موافقة جديدة شريطة توفر النموذج في الملف الطبي في كل مرة يتم فيها إعطاء الدم وفي حال عدم توفره يتم توقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج جديد.
9. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء عملية و/أو تخدير للحالات عالية الخطورة	يستخدم في الحالات عالية الخطورة حيث يوقع عليه طبيب/ان جراحة (أو طبيب وطبيبة) وطبيب/ة تخدير بالإضافة إلى نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة ونموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الإجراء.
10. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لسحب الدم العلاجي	يستخدم في حالات العلاج بسحب الدم من متلقي/ة الخدمة في كل مرة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء سحب الدم.
11. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء زراعة الأسنان	يستخدم لجميع حالات زراعة الأسنان في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الزراعة شريطة توفر النموذج في الملف الطبي في كل مرة وإن لم يتوفر يتم أخذ موافقة جديدة.
12. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية صغرى أو علاج في المراكز الصحية	يستخدم لتركيب غرسات الإمبرلانون تحت التخدير الموضعي وتركيب اللولب والقلع الجراحي للأسنان تحت التخدير الموضعي وخياطة الجروح	تنتهي صلاحيته بانتهاء الإجراء ولكل إجراء نموذج.

MASTER COPY



وزارة الصحة
مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة

اسم النموذج	استخداماته	صلاحيته
13. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لتلقي خدمات المستشفى الافتراضي	تحت التخدير الموضعي في المراكز الصحية. يستخدم لموافقة متلقي/ة الخدمة على التقاط صورة أو تسجيل صوتي أو تصوير فيديو له/ها في المستشفى الافتراضي أو غيره.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الخدمة أو خروج متلقي/ة الخدمة من المستشفى شريطة توفر النموذج مُوقع في الملف الطبي في كل مرة. أما من يسلكون مسار علاجي واحد يتم أخذ الموافقة مرة واحدة وتجدد في حال عدم توفر النموذج مُوقع في الملف الطبي.

Patient Label

Name of Patient:

National Number.....

or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Anesthesia

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, authorize the anesthesiologist at Hospital to administer the following anesthesia to me:

☐ General ☐ Local ☐ Spinal ☐ Epidural ☐ Conscious Sedation ☐ Other.....

I will receive the above-mentioned anesthesia during the procedure/surgery/ treatment that I will undergo. I acknowledge that I want to receive this anesthesia to relieve the pain that I will expose to if otherwise done. I also acknowledge the following:

1. I know that anesthesia entails several risks and consequences that I may be exposed to or that may occur during the anesthesia or recovery phase, such as:

✓ ✓
✓ ✓

2. I know that using instruments in the mouth to maintain the airway during the anesthesia phase might result in unavoidable damage to the mouth and teeth.

3. I am aware that the treatment or medications I use might cause complications during the anesthesia phase or surgery, and the interest requires that I have to inform the doctor in advance of any treatments or medications that I am using.

4. I acknowledge that the anesthesiologist has explained the appropriate type of anesthesia to my condition that I can undergo. In addition, I am aware that while I am undergoing anesthesia phase, conditions may develop and require changing or extending the duration of anesthesia or transfusing blood or blood products.

5. I understand that I should fast before 8 hours from the surgery or procedure- unless otherwise direction by medical staff.

6. I agree to undergo the tests and treatments that had better assess the risks may I face as part of the medical care provided.

7. By signing this form, I acknowledge that I am aware of the contents of this document and agree to the terms thereof, and I asked the questions I wanted and they were answered clearly, and this was made clear using the following means:

☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other

8. For women of childbearing age: I was asked about my possibility of pregnancy at the time of the examination, and I am fully aware of the symptoms or complications that may affect the fetus or me if I am pregnant.

Patient's/ person acting on their behalf's name: **Signature:**.....

I, the anesthesiologist, certify that I have fully explained the anesthesia and its risks to the patient or the person acting on his behalf. I have also explained the possible complications mentioned above. I have answered all inquiries and am ready to answer any further questions from the patient or the person acting on his behalf.

Anesthesiologist's Name: **Signature and Stamp:**

MASTER COPY



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة

اليوم: التاريخ: الساعة:
أنا/الموقع/أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في مستشفى
بإجراء العملية / الإجراء / العلاج التالي:
.....

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية / الإجراء / البدائل / العلاج المذكور أعلاه والغاية المرجوة منه، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى كالتالي:

✓
✓
✓
✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

□ قراءة □ شفويًا □ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة □ طريقة بريل □ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
□ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية □ أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أفهم هذه المخاطر الموضحة لي.

4. أفوض الفريق الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة لي والذي يكون فيها منعاً لأي أذى لحالتي الصحية، أو إنقاذاً لحياتي.

5. وإنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للأثار أو المضاعفات التي قد تحدث، وإنني أوافق على ذلك.

6. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية / الإجراء / العلاج، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تماماً بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

7. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإنني مدركة تماماً لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً بصورة كاملة عن إجراءات العملية / الإجراء / العلاج / التي ستجرى، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر الناتجة عن العملية باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيعه/ها على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a red stamp that says "MASTER COPY".

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Procedure/Surgery/Treatment/Biopsy

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the doctor and the medical staff at hospital to perform the following operation/ procedure/ treatment:.....

I acknowledge the following:

1. The doctor explained to me the nature of the operation/ procedure/ alternatives/ treatment mentioned above and its desired purposes, as well as the potential risks such as the risk of bleeding or any possibility of other complications as follows:

✓ ✓
✓ ✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other.....

3. All my inquiries have been answered satisfactorily and I understand the risks explained to me.

4. I authorize the medical staff to take the necessary laboratory samples or blood transfusion during the operation or to perform any therapeutic, diagnostic or surgical procedures that may need to be performed in addition to those mentioned for me in order to prevent any harm to my health condition, or to save my life.

5. I am aware that during the operation, circumstances may develop and require modifying or extending the duration of the operation, or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree thereto.

6. My signature on the authorization is an acknowledgment of permission to carry out the operation/ procedure/ treatment, and I understand the complications may occur as a result of performing it. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.

7. **For women of gestational age:** I was asked about my possibility of pregnancy at the time of the examination, and I am fully aware of the birth defects may affect the fetus if I am pregnant.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the patient/ the person acting on his/her behalf the operation/ procedure/ treatment that will be performed, and I have also explained the possible complications may occur. It is also clear to me that he/she understood the risks resulting from the operation using the above-mentioned means, before signing the form. I also answered all inquiries and am ready to answer any other questions related to the patient health for him/her or the person acting on his/her behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

MASTER COPY

mg
Amr Akhmal
201
4
[Signature]
[Signature]
[Signature]



Patient Label

اسم المريض:

الرقم الوطني:

أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإعطاء العلاج الكيميائي / البيولوجي

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أفوض الطبيب/ة المعالج/ة ومساعديه/ا بمعالجتي، بإعطائي العلاج الكيميائي أو البيولوجي

1. حيث أن الفائدة من العلاج
2. كما أفوض الطبيب/ة المعالج/ة بعمل أي إجراء طبي متعلق بإعطاء العلاج مثل الفحوصات الشعاعية والمخبرية والخزعات وغيرها من الفحوصات والجراءات اللازمة وقد يتطلب إعطاء مثل هذه العلاجات تركيب قسطرة وريدية مؤقتة أو دائمة كما أن إعطاء هذه العلاجات قد يتطلب إعطاء أدوية لمنع حدوث الأعراض الجانبية مثل القيء والغثيان.
3. وقد علمت بأن هذه الأدوية قد يصحبها بعض الأعراض الجانبية مثل القيء والغثيان، الإسهال، الحساسية المفرطة، تساقط الشعر، تقرحات الفم، الإعياء العام، خدر في الأطراف، ضعف جهاز المناعة، فقر الدم وسهولة النزف والالتهابات وغيرها.
4. لقد تم الشرح لي كذلك بأنه بعد اسابيع من إعطاء العلاج من المحتمل أن أصبح أكثر أرهاقًا ومتعبًا وقد يحتاج العلاج إلى شهور عديدة.
5. كما أن الطبيب/ة المعالج/ة قد وضح/ت لي بأن هناك بعض المضاعفات التي قد تؤدي إلى إعاقات مزمنة وخطيرة مثل فشل أحد أعضاء الجسم، تحطم وتهتك الأنسجة الناتج عن تسرب المادة الدوائية تحت الجلد وغيرها من المضاعفات الخطيرة مثل:
6. كما أن الطبيب/ة قد شرح/ت لي فوائد ونتائج العلاج والبدائل المتوفرة وفوائدها وعواقبها وعواقب رفض العلاج بشكل كامل.
7. لقد فهمت بأن العلاج الكيميائي قد يؤثر على القدرات الجنسية وخصوصًا الحيوانات المنوية.
8. للإناث: لقد فهمت بأن العلاج الكيميائي قد يؤثر على البويضات كما يؤثر سلبيًا على الحمل وأقر أنني الآن لست حاملًا وبأنه لن يتم الحمل خلال الشهور الـ (6) الأولى من العلاج وفي حال حدوث الحمل سوف أقوم بإبلاغ طبيبي/تي المعالج/ة مباشرة.
9. للسيدة الحامل: أدرك تمامًا لما قد يصيبني من أعراض أو مضاعفات أو قد يصيب الجنين من تشوهات خلقية.
10. لقد علمت بأنه قد تظهر أعراض وظروف غير متوقعة خلال العلاج فإنني أفوض طبيبي/تي المعالج/ة باتخاذ كل الإجراءات الطبية اللازمة في تلك الأمور كما يراه/ا مناسبًا.
11. وأني على علم بأنه من حقي السؤال والاستفسار في أي وقت بخصوص العلاج وأنه من حقي رفض العلاج أو الانسحاب منه في أي وقت أشاء وقد قمت بطرح الأسئلة التي أريدها جميعها وتمت الإجابة عليها من قبل طبيبي/تي المعالج/ة بشكل كامل وواضح ومفهوم وتم ذلك:

☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريـل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية

☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ا قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ا بصورة كاملة عن العلاج كما شرحت المضاعفات المحتملة حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه/ا قد فهم/ت المضاعفات والمخاطر التي قد تنتج عن العلاج باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيع/ة/ا على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعلاج للمريض/ة / من ينوب عنه/ا قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Chemotherapy / Biological therapy Administration

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the attending doctor and his assistants to treat me to give me the chemotherapy, or the biological therapy

1. Which the benefits are
2. I also authorize the attending doctor to perform any medical procedure related to giving treatment, such as radiological and laboratory tests, biopsies, and other necessary tests and procedures. Giving such treatments may require the installation of a temporary or permanent intravenous catheter. Giving medications for cancer treatment may also require giving medications to prevent the occurrence of side effects such as vomiting and nausea.
3. I learned that these medications may be accompanied by some side effects, such as vomiting and nausea, diarrhea, hypersensitivity, hair loss, mouth ulcers, general fatigue, numbness in the extremities, a weak immune system, anemia, easy bleeding, infections, and others.
4. It was also explained to me that after weeks of giving the treatment, I would likely become more exhausted and tired, and may the treatment need many months.
5. The attending doctor also explained to me that there are some complications that may lead to chronic and serious disabilities, such as failure of one of the body's organs, tissue breakdown and loss resulting from the leakage of a chemical substance under the skin, and other serious complications like:
6. The doctor also explained to me the benefits and results of the treatment, the available alternatives, their benefits and consequences, and the consequences of completely refusing treatment.
7. I understand that the treatment may affect sexual abilities, especially sperm.
8. **For Female:** I understand that the treatment may affect the ovum and may negatively affect pregnancy. In addition, I acknowledge that I am not pregnant now and I will not become pregnant during the first (6) months of treatment. If pregnancy occurs, I will inform my attending doctor directly.
9. **For pregnant women:** I am fully aware of the symptoms or complications that may affect me, or the birth defects that may affect my fetus.
10. I am aware that I have the right to ask and inquire at any time regarding treatment, and I have the right to refuse treatment or withdraw therefrom at any time I wish. I asked all the questions I wanted, and they were answered by my attending doctor in a complete, clear, and understandable manner, and this was done through the following means:

- ☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully clarified to the patient/ the person acting on his behalf the required treatment and explained the possible complications that may occur. It is also clear to me that he/she understood the complications and risks that may result from the treatment using the above-mentioned method before he/she signed the form, I also answered all inquiries, and I am ready to answer any other questions related to the treatment for the patient or the person acting on his behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

MASTER COPY
Amr Alshamir
2014

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right.



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية صغرى أو علاج في المراكز الصحية

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا متلقي/ة الخدمة الموقع/ة أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في مركز صحي

..... بإجراء العملية الصغرى / الإجراء / العلاج التالي:

- ☐ العمليات الجراحية الصغرى مثل خياطة الجرح تحت التخدير الموضعي
☐ تركيب غرسة امبلانغون تحت التخدير الموضعي
☐ تركيب اللولب
☐ جراحة الأسنان تحت التخدير الموضعي
☐ أخرى:

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية الصغرى / الإجراء / البدائل / العلاج المذكور أعلاه والغاية المرجوة منه، وكذلك المخاطر المحتملة أو أي احتمال لمضاعفات أخرى مثل:

✓
✓
✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

- ☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أفهم هذه المضاعفات والمخاطر الموضحة لي وفي حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخبار أحد أفراد الفريق الطبي دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة.

4. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية الصغرى / الإجراء / العلاج، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

5. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإنني مدركة تمامًا لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها بصورة كاملة عن العملية الصغرى / الإجراء / العلاج، كذلك المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر التي قد تنتج باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيعه/ها على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بصحة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Procedure/ Minor Surgery/ Treatment in Primary Healthcare Centers

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned service recipient, authorize the doctor and the medical staff at health center Performing the following minor operation/ procedure/ treatment:

☐ Dental surgery under local anesthesia.

☐ IUD insertion.

☐ Minor surgical procedures such as suturing a wound under local anesthesia.

☐ Implantation of the contraceptive implant (Implanon) under local anesthesia.

☐ Other:

I therefore, acknowledge the following:

1. The doctor explained to me the nature of the minor operation/ procedure/ alternatives/ treatment mentioned above and its intended purpose, as well as the potential risks or any possibility of other complications such as the following:

✓
✓

✓
✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

☐ Orally

☐ Reading

☐ Braille

☐ Visual or Hearing Aids

☐ Pictures and Illustrations

☐ A Sign Language Interpreter

☐ Others

3. All my inquiries have been answered satisfactorily. I understand these complications and the risks made clear to me. If any complications occur, I will inform the member of the medical team without delay to take the appropriate measures.

4. My signature on the authorization is an acknowledgement of permission to perform the minor operation/ procedure/ treatment, and I understand the complications may occur as a result of performing the above-mentioned methods. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.

5. **For women of gestational age:** I was asked about my possibility of pregnancy at the time of the examination, and I am fully aware of the birth defects may affect the fetus if I am pregnant.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I fully explained to the patient or the person acting on their behalf the minor operation/ procedure/ treatment, as well as the complications that may occur and that it is clear to me that he/she understood the risks that may result from using the above-mentioned method before he/she signed the form. Moreover, I answered all inquiries and I am ready to answer any other questions related to the operation for the service recipient or the person acting on his behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the form. A red stamp reads "MASTER COPY".



Patient Label

اسم المريض:

الرقم الوطني:

أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء عملية للحالات الخاصة بالنسائية

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه، أفوض طبيب/ة النسائية والفريق الطبي في مستشفى بإجراء عملية

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية والغاية منها والبدائل المتوفرة، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى مثل:

✓ ✓
✓ ✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

□ قراءة □ شفويًا □ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة □ طريقة بريل □ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية □ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية □ أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أفهم هذه المخاطر الموضحة لي.

4. أفوض الفريق الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة لي والذي يكون فيها منعًا لأي أذى لحالتي الصحية، أو إنفاذاً لحياتي.

5. وإنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للآثار أو المضاعفات التي قد تحدث، وإنني أوافق على ذلك.

6. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية و/أو إعطاء التخدير، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

اسم متلقي الخدمة /أو من ينوب عنها قانونًا: التوقيع:

اسم الزوج أو من ينوب عنه قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت لمتلقي الخدمة أو من ينوب عنها قانونًا بصورة كاملة عن إجراءات العملية و/أو التخدير الذي سيجري، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر الناتجة عن العملية باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيعه/ها على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الإستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم طبيب/ة النسائية المعالج: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Patient Label

Name of Patient:

National Number.....

or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent form for Surgery to the Specialized Gynecological Cases

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, authorize the gynecologist and the medical staff at hospital to perform surgery.

1. The gynecologist explained to me the nature of the operation mentioned above and its desired purposes, as well as the potential risks such as the risk of bleeding or any possibility of other complications such as:

- ✓ ✓
✓ ✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

- ☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other.....

3. All my inquiries have been answered satisfactorily and I understand the risks explained to me.

4. I authorize the medical staff to take the necessary laboratory samples or blood transfusion during the operation or to perform any therapeutic, diagnostic or surgical procedures that may need to be performed in addition to those mentioned for me in order to prevent any harm to my health condition, or to save my life.

5. I am aware that during the operation, circumstances may develop and require modifying or extending the duration of the operation, or changing the anesthesia type or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree thereto.

6. My signature on the authorization is an acknowledgment of permission to carry out the operation/ anesthesia, and I understand the complications may occur as a result of performing it. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.

7. **For women of gestational age:** I was asked about my possibility of pregnancy at the time of the examination, and I am fully aware of the birth defects may affect the fetus if I am pregnant.

Patient's/ Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

Husband's / Person acting on their behalf's Name **Signature:**.....

I, the Doctor, certify that I have fully explained the operation and its risks to the patient or the person acting on their behalf. I have also explained the possible complications mentioned above. In addition, I have answered all inquiries and am ready to answer any further questions from the patient or the person acting on their behalf.

Gynecologist's Name: **Signature:**

MASTER COPY

Amr Alshamir

✓

✓

✓

✓



Patient Label

اسم المريض:

الرقم الوطني:

أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لنقل الدم ومكوناته

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أقر أن الطبيب/ة المعالج/ة أخبرني/تني بأني أعاني من وأني بحاجة إلى الوحدات التالية من وذلك حسب حالتي الصحية حيث أن هذا الدم سيساعدني في التغلب على مرضي.

1. ولقد قام/ت الطبيب/ة بتوضيح الفائدة من نقل الدم أو أحد مشتقاته والمضاعفات التي قد تتجم عن عدم أخذه والبدائل المتاحة له.

2. كما تم الشرح التام لي أنه قد تحدث بعض المخاطر والمضاعفات المحتملة الناجمة عن عملية نقل الدم أو أحد مشتقاته، مثل:

- تفاعلات نقل الدم مثل الحرارة، الحمى، التحسس الحاد، ضيق التنفس وتسارع ضربات القلب.
- تأثيرات ناتجة عن عملية تحليل الدم.
- الزيادة في سوائل الجسم.
- مضاعفات أخرى:

3. وأني قمت بطرح الأسئلة التي أرغب بها وتمت الإجابة على جميع استفساراتي بشكل واضح وتم ذلك:

- ☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالاستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
- ☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

4. وأوافق على ما تم شرحه من مخاطر، وأنا أفوض المستشفى بنقل الدم أو أحد مشتقاته المرتبطة بحالتي الصحية والتي نصح/ت بها طبيبي/تي المعالج/ة.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة المعالج/ة أشهد بأنني قد شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها عن الدم ومشتقاته والمضاعفات المحتمل حدوثها والمذكورة أعلاه، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة المعالج/ة: التوقيع والختم:

MASTER COPY

[Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page]

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Blood and Blood Components Transfusion

Day: Date: Time:

I, the undersigned, acknowledge that the attending doctor..... told me that I complain from and I need the following units of depending on my health condition, as this blood will help me to overcome my illness.

1. The doctor explained the benefits of blood transfusion or one of the products thereof, the complications that may result from not taking it and the alternatives available thereto.
2. It was also fully explained to me that some potential risks and complications may occur resulting from the transfusion of blood or one of the products thereof, such as the following:
 - Blood transfusion reactions such as temperature, fever, acute allergic reactions, dyspnea and tachycardia.
 - Effects resulting from the process of hemolysis.
 - Increase in body fluids.
 - Other complications:
3. I asked the questions I desire to ask and all my inquiries were answered clearly and this was done by:

☐ Reading ☐ Orally ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other

4. I agree to the risks explained, and I authorize the hospital to transfuse me with blood or one of the products thereof related to my health condition and recommended by my attending doctor.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the attending doctor, certify that I have explained to the patient or the person acting on his behalf about blood and the product thereof and the possible complications mentioned above. I also answered all inquiries and am ready to answer any other questions of the patient or the person acting on his behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

MASTER COPY

[Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page, including a red stamp that says "MASTER COPY"]



Patient Label

اسم المريض:

الرقم الوطني:

أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة الطوعية في البحث العلمي

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أنطوع في البحث العلمي الذي بعنوان تحت إشراف
أو أحد المشاركين/ات معه/ها بمستشفى / مركز صحي والمتضمن

وبذلك أقر بأنني:

1. على دراية بالمعلومات المتعلقة بتطوعي في هذا البحث وأن الباحث /ة..... قد أوضح /ت لي طبيعة وأهداف هذه الدراسة، وأتيحت لي الفرصة لتوجيه جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة وتلقيت الإجابات الشافية وبتوقيعي على هذا النموذج أقر بأنني على علم بمحتويات هذه الوثيقة وأوافق على بنودها وتم ذلك:

☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية ☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

2. أفهم بأن الفائدة من الدراسة هي:

✓
✓

3. الفترة الزمنية المتوقعة للدراسة هي:

4. الإجراءات البديلة هي (إن وجدت):

5. المضاعفات والمخاطر المتوقعة هي (إن وجدت):

✓
✓

6. أفهم بأن لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض وإنهاء تطوعي بهذه الدراسة في أي وقت أرغب مع علمي بجميع العواقب والمخاطر المترتبة على انسحابي من الدراسة (إن وجدت) كما أفهم بأن انسحابي من هذه الدراسة لن يؤثر على حقي في تلقي العناية الطبية اللازمة والتي تمنح للمتطوعين بالدراسة أو استحقاقها في الأحوال العادية.

7. وأفوض فريق البحث العلمي باستخدام المعلومات الطبية والإدارية من الملف الطبي الخاص بي ضمن متطلبات البحث.

اسم المشارك/ة من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أقر بأنني قد شرحت للمتطوع/ أو من ينوب عنه قانونًا والمذكور أعلاه بصورة كاملة طبيعة وأهداف مشروع البحث المذكور، كما قد شرحت له المضاعفات المحتمل حدوثها من جراء هذه الدراسة سواء كانت لأسباب معروفة أو غير معروفة. كما إنه من المفهوم لدي بأنه قد فهم طبيعة الدراسة والغرض منها والمخاطر الناتجة عنها وذلك قبل توقيعه على الموافقة بالتطوع، وأنا على استعداد للإجابة على أي أسئلة متصلة بهذه الدراسة للمشارك أو من ينوب عنه قانونًا.

اسم الباحث/ة الرئيسي / أحد المشاركين/ات معه/ها التوقيع:

رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:

MASTER COPY

Amr Akhmal

Handwritten signatures and marks at the bottom of the page.

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Scientific Research Participation

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, volunteer for the scientific research entitled under the supervision of or one of his participants in hospital/ health center which includes

I hereby declare the following:

1.I am aware of the information related to my volunteering in this research and that Dr. / Mr. explained to me the nature and objectives of this study, and I was allowed to ask all questions related to the subject of the study and received straight answers. By signing this form, I acknowledge that I am aware of the contents of the document hereof and agree to the terms thereof. This has been done through the following means:

- ☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other

2.I understand that the study benefits are:

- ✓
✓

3.The time frame for the study is:

4.The alternative procedures (if any):

5.The complications and risks (if any):

- ✓
✓

6.I understand that I have absolutely made the decision to withdraw this authorization and end my volunteering for this study at any time and I am aware about all the consequences and risks resulting after this withdrawal from the study (if any). I also understand that my withdrawal from this study will not affect my right to receive the necessary medical care that is given to study volunteers or to which I am entitled under normal circumstances.

7.I authorize the scientific research team to use medical and administrative information of my medical file within the requirements of the research.

Percipient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I acknowledge that I have fully explained to the volunteer/or those acting on their behalf mentioned above the nature and objectives of the research project, which includes no direct benefit to him. I also explained to him the possible complications that may occur as a result of this study, whether for known or unknown reasons. It is also clear to me that he understood the nature of the study, its purpose, and the risks resulting therefrom before he signed the consent to volunteer, and I am prepared to answer any questions related to this study for the participant or those acting on their behalf.

Principal Researcher's/one of the co-researcher's Name**Signature:**

The telephone number: **E-mail address:**

MASTER COPY

Amr Alshamsh



Patient Label

..... اسم المريض:
 الرقم الوطني:
 أو الرقم التسلسلي:

النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أوافق على إدخال/ي / إدخال مريض/تي إلى مستشفى وكما أنني:

1. أفوض إدارة المستشفى والطبيب/ة المعالج/ة والأطباء/الطبيبات والعاملين/ات فيه من الكادر الطبي والصحي باتخاذ الإجراءات التشخيصية والطبية والعلاجية الأولية اللازمة لي من فحوصات سريرية وتحاليل طبية وصور أشعة أولية وإعطاء الأدوية الروتينية وكل ما هو لمصلحتي/ مصلحة مريض/تي حسب الحالة الصحية وبعد أخذ موافقتي في الأمور التي تحتاج لموافقة بناءً على سياسات المستشفى.
2. أفوض إدارة المستشفى بإعطاء المعلومات اللازمة إلى السلطات القضائية وأية جهة ذات علاقة عقدية أو قانونية.
3. أتعهد بالالتزام بالقوانين والأنظمة وسياسات المستشفى وأتحمل كامل المسؤولية في حال عدم الالتزام بذلك.
4. أتعهد بالمحافظة على ممتلكات المستشفى وتسديد المبالغ المترتبة علي حسب القوانين والأنظمة المعمول بها.
5. أصرح بأنني علمت بأنه لا يجوز لي / لمريض/ي الاحتفاظ بأشياء ثمينة مثل النقود والمجوهرات والصكوك والثياب التي تفيض عن حاجتي وفي حال مخالفة ما تقدم فإن إدارة المستشفى غير مسؤولة عن فقدان أو ضياع أي شيء يخصني / يخص مريض/ي.
6. أوافق على مشاركة بيانات ومعلومات الاتصال الشخصية الخاصة بي مثل رقم الهاتف أو غيره لأي طرف ثالث أو شريك في تطوير المعلومات لاستخدامها في تحسين جودة الخدمات الصحية مثل قياس تجربة المرضى ومدى رضاهم عن الخدمات المقدمة وعن أداء الكوادر. ☐ نعم ☐ لا
7. أوافق على مشاركة بياناتي ومعلوماتي/ بيانات ومعلومات مريض/تي الضرورية للبحث العلمي أو التاريخي باستثناء البيانات الشخصية شريطة ألا يكون الغرض منها اتخاذ أي قرار أو إجراء بشأن شخص معين. ☐ نعم ☐ لا
8. لقد قرأت مضمون هذا التفويض بكافة محتوياته وأقر بجميع ما جاء فيه، كما أنه لا يجوز الطعن بصحته بأي طريقة كانت.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً: التوقيع:

اسم كاتب/ة السجل الطبي: التوقيع:

MASTER COPY

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

Patient Label

Name of Patient:

National Number..... ..

or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

General Medical Informed Free Consent Form on Admission to the Hospital

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, agree that I/my patient will be admitted to hospital, and I:

1. Authorize the hospital administration, the treating physician, the doctors, and the medical and health staff working there to take the initial diagnostic, medical, and therapeutic procedures necessary for me, including clinical examinations, medical tests, initial x-rays, giving routine medications, and every therapeutic procedure have benefits to me/ my patient's health. In addition, to obtain my approval in the issues needed my approval based on hospital policies.
2. Authorize the hospital administration to provide the necessary information to the judicial authorities and any party with a contractual or legal relationship.
3. Pledge to abide by the laws, regulations, and hospital policies, and I bear full responsibility in the event of non-compliance.
4. Pledge to preserve the hospital's property and pay the amounts owed to me in accordance with applicable laws and regulations.
5. Declare that I have learned that it is not permissible for me/my patient to keep valuable items such as money, jewelry, deeds, and clothes that are more than my needs. In the event of violating the before mentioned, the hospital administration is not responsible for the loss or damage of anything that belongs to me/my patient.
6. Agree to share my personal contact information to any third party or partner for use in improving the quality of health services such as measuring my/ my patient's experience and satisfaction with the services provided and with the performance of the staff.
7. Agree to share my/my patient's data and information that are necessary for scientific or historical research purposes and is not to make any decision or action regarding a specific person.
8. Have read all the contents of this authorization and acknowledge all what is stated therein, and its validity may not be challenged in any way.

Patient's/ Person acting on their behalf's Name: **Signature:**

Medical Record Employee's Name: **Signature:**

MASTER COPY



Patient Label

اسم المريض:

الرقم الوطني:

أو الرقم التسلسلي:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء زراعة الاسنان

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا متلقي/ة الخدمة الموقع/ة أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في بإجراء عملية جراحية لزراعة الأسنان تحت البنج الموضعي بهدف تعويض الأسنان المفقودة وبإجراء الإجراءات العلاجية والجراحية المصاحبة اللازمة عند الحاجة لها والتي يرونها مناسبة لي (على سبيل المثال لا الحصر: زراعة عظم، رفع الجيب الفكي، صور شعاعية مقطعية...الخ).

وأقر بما يلي:

1. أنه تم اطلاعي والشرح لي كافة الإجراءات الجراحية الطبية الحالية والمستقبلية والهدف منها وكافة النتائج المتوقعة والوقت التقريبي المتوقع لإنهاء المعالجة وإني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائها وأنه قد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية.
2. تم الشرح لي بشكل كافٍ عن المضاعفات المحتمل حدوثها وإني أفهم المخاطر وأنه في حال حدوث أي منها فسوف أقوم بإخبار الفريق الطبي دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة.
3. أني قدمت كافة المعلومات اللازمة حول العملية بما فيها السيرة المرضية وأتعهد بالالتزام بالتعليمات التي شرحها/تها الطبيب/ة بعد الاجراء الطبي بما فيها العناية بصحة الفم والمتابعة الدورية وأخذ العلاجات اللازمة والالتزام بالاستشارات الطبية المطلوبة للتخصصات الأخرى حيث يلزم.
4. أنه لا يوجد ضمان لنجاح زراعة الاسنان وأن وزارة الصحة غير ملزمة بإعادة الجراحة أو إعادة الرسوم المدفوعة في حال فشلت الزراعة.
5. أنني على علم بأنه أثناء الخطة العلاجية لزراعة الأسنان قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة الخطة العلاجية أو القيام بإجراءات أخرى للآثار أو المضاعفات التي قد تحدث وإني أوافق على ذلك.
6. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:
☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:
7. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإني مدركة تمامًا لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها بصورة كاملة عن إجراءات العملية الصغرى / الإجراءات / العلاج / الذي سيجري، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر التي قد تنتج باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيعه/ها على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Amr Alshamrani

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent form for Dental Implant

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, authorize the doctor and the medical staff at to perform dental implant surgery under local anesthesia with the aim of replacing missing teeth and performing the necessary accompanying therapeutic and surgical procedures when needed and which they deem appropriate for me (such as: bone implant, maxillary sinus lift, CT radiographs, ...).

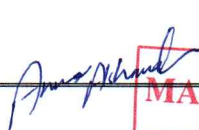
I acknowledge the following:

1. That I was informed and explained to me about all current and future medical surgical procedures, their purpose, all expected results, and the approximate expected time for completing the treatment. I agree and completely convinced to perform them, and all my inquiries have been answered satisfactorily.
2. The complications might occur were explained and I understand the risks. In addition, if any of them occur, I will inform the medical team without delay to take appropriate measures.
3. I have provided all the necessary information about the operation, including my medical history, and I pledge to adhere to the instructions explained by the doctor after the medical procedure, including oral health care, periodic follow-up, taking the necessary treatments, and adhering to the medical consultations required for other specialties where necessary.
4. There is no guarantee for the success of dental implants and that the Ministry of Health is not obligated to repeat the surgery or return the fees paid if the implant fails.
5. I am aware that during the treatment plan for dental implants, circumstances may develop that require modifying or extending the duration of the treatment plan or taking other measures due to the effects or complications that may occur, and I agree to that.
6. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:
☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other.....
7. **For women of gestational age:** I was asked about my possibility of pregnancy at the time of the examination, and I am fully aware of the birth defects may affect the fetus if I am pregnant.

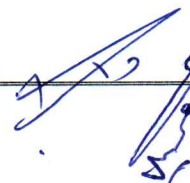
Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully clarified to the patient/ the person acting on his/her behalf the required treatment and explained the possible complications that may occur. It is also clear to me that he/she understood the complications and risks that may result from the treatment using the above-mentioned method before he/she signed the form. I also answered all inquiries, and I am ready to answer any other questions related to the treatment for the patient or the person acting on his behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....










Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لتلقي خدمات المستشفى الافتراضي

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه:

1. أفوض الفريق المعالج في المستشفى الافتراضي باستخدام الوسائل الإلكترونية كالتقاط صورة و/أو تصوير فيديو و/أو تسجيل صوتي.
2. أقر بأنني على دراية بأن الخدمات المقدمة عن طريق المستشفى الافتراضي ستكون سرية ولن يطلع عليها غير المعنيين بالعلاج / الاجراء / العملية وأوافق على بنودها وتم ذلك:
- ☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالاستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية ☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ طريقة بريل ☐ أخرى:
3. أفهم بأن تقديم الخدمات الطبية والصحية عن بُعد ستقدم عبر الاتصال المرئي والمسموع: فيديو وصوت.
4. أفهم بأن الفائدة من تلقي خدمات المستشفى الافتراضي هي متابعة حالتي الصحية عن بعد دون الاضطرار إلى الانتقال إلى مستشفى آخر إلا إذا اقتضت الحاجة.
5. أفهم أن المستشفى سيقوم بضمان الحماية والسرية للبيانات والمعلومات والصور والفيديوهات والتسجيلات الصوتية ولن يتم استخدامها لأغراض غير العلاج.
6. أفهم بأن لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض في أي وقت مع علمي بجميع العواقب والمخاطر المترتبة على ذلك.
7. أفوض فريق المستشفى الافتراضي باستخدام المعلومات الطبية والإدارية من الملف الطبي الخاص بي.
8. أتعهد أن المعلومات الصحية الخاصة بي صحيحة ودقيقة وكاملة.

اسم متلقي/ة الخدمة من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أقر بأنني قد شرحت لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا المذكور أعلاه بصورة كاملة عن طبيعة وأهداف المستشفى الافتراضي، كما قد شرحت له/ها المخاطر المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي بأنه قد فهم/ت طبيعة المستشفى الافتراضي وذلك قبل توقيعه/ها على التفويض وأنا على استعداد للإجابة على أي أسئلة لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة في المستشفى الواقعي: التوقيع:

MASTER COPY

Patient Label

Patient's Name:
National Number:
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form to Receive Virtual Hospital Services

Day: Date: Time:

I, the undersigned:

1. Authorize the treating team in the virtual hospital to use electronic means such as taking a photo, video, and/or audio recording.

2. Acknowledge that I am aware that the services provided through the virtual hospital will be confidential and will not be viewed by anyone other than those involved in the treatment / procedure / operation, and I agree to its terms, and it was done through the following means:

☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other.....

3. Understand the provision of remote medical and health services will be provided via audio-visual communication.

4. Understand that the benefit of receiving virtual hospital services is to monitor my health condition remotely without having to move to another hospital unless necessary.

5. Understand that the hospital will ensure the protection and confidentiality of data, information, photos, videos and audio recordings and will be used for treatment purposes.

6. Understand that I am free to withdraw this authorization at any time, knowing all the consequences and risks involved.

7. Authorize the Virtual Hospital team to use medical and administrative information from my medical file.

8. Promise that my health information is true, accurate and complete.

Client's / Person acting on their behalf's Name: Signature:

I'm the doctor in the actual hospital, I acknowledge that I have fully explained to the patient/ person acting on their behalf mentioned above the nature and objectives of the virtual hospital, also I have explained to him/her the potential risks that may occur, and I understand that he/she understood the nature of the virtual hospital before his/her signature on the authorization and I am ready to answer any questions the patient/ person acting on their behalf.

Doctor's Name in the actual hospital: Signature:

MASTER COPY



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لسحب الدم العلاجي

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع أدناه، أفوض الطبيب والطاقت الطبي في

- لقد قام الطبيب بتوضيح الفائدة من سحب الدم العلاجي، وبعد مراجعة معلومات سحب الدم العلاجي الخاصة بحالتي وتقديم الشرح التام لي أنه قد تحدث بعض المخاطر والمضاعفات المحتملة أثناء سحب الدم التي قد تحدث منها:

✓
✓
✓

- أوافق على ما تم شرحه من مخاطر ومضاعفات محتملة.

- أوافق على سحب وحدة الدم العلاجية.

- كما أنه تم الشرح لي عن سحب الدم العلاجي بأحد الطرق التالية:

☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريلا ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
☐ باستخدام العينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

اسم متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت لمتلقي/ة الخدمة عن إجراءات سحب الدم العلاجي، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ها مفهومه باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيعه على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بسحب الدم العلاجي.

اسم الطبيب: توقيعه وختمه:

❖ النماذج المطلوبة

✓ نموذج سحب الدم العلاجي الموقع من الطبيب المعالج.

MASTER COPY

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent form for Therapeutic Phlebotomy

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, authorize the and the medical staff at
.....

1. The doctor explained the benefits of the Therapeutic Phlebotomy and the alternatives available to it, and explained to me that some potential risks and complications might occur, such as:

- ✓
- ✓
- ✓

2. I agree with the possible risks and complications explained.

3. I agree to have a unit of blood drawn from me.

4. It was also explained to me about donating in one of the following ways:

- ☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other

Client's/ person acting on their behalf's name: **Signature:**

I, the doctor, certify that I have explained to client/ person acting on their behalf the therapeutic phlebotomy procedures, and I have explained the possible complications that may occur. In addition, in my understanding, the client understood the procedure and the method mentioned above, before he/she signed the form. Also, I have answered all inquiries and am ready to answer any other related therapeutic phlebotomy procedures.

Doctor's name: **Signature and Stamp:**

❖ **Forms Required**

- ✓ Therapeutic phlebotomy form signed by the treating physician.

MASTER COPY



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:

نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه، أرفض العملية / الإجراء / العلاج التالي:

- ☐ العملية الجراحية
- ☐ العلاج
- ☐ التخدير
- ☐ الإجراء
- ☐ الدخول إلى المستشفى
- ☐ التحويل من مستشفى إلى آخر
- ☐ أخرى:

وذلك للأسباب التالية:

- ✓
- ✓
- ✓

رأي الطبيب/ة المعالج/ة من حيث ضرورة العملية / الإجراء / العلاج:

.....
.....

توقيعي على هذا النموذج يقر بأنه ليس لي الحق بمطالبة المستشفى/المركز الصحي بأي حقوق فيما يخص حالتي الصحية هذه، حيث تم الشرح لي عنها وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وقد تم ذلك:

- ☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
- ☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة الموقع/ة أدناه أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها بصورة كاملة عن مضاعفات ومخاطر رفض العلاج / العملية / الإجراء، كما أنه من المفهوم لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر التي قد تنتج بسبب هذا الرفض وذلك قبل توقيعه/ها على التفويض وذلك قبل توقيعه/ها على التفويض، وقد قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وذلك قبل توقيعه/ها على التفويض وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالحالة الصحية للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Amr Alshamel
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Free Refusal of Surgery / Treatment / Procedure / Admission Form

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, refuse the following operation/ procedure/ treatment:

☐ Surgical procedure.....

☐ Treatment

☐ Anesthesia

☐ Procedure

☐ Other:

This refusal is for the following reasons:

- ✓
- ✓
- ✓

The opinion of the attending doctor regarding the necessity of the operation/ procedure/ treatment:.....

By signing this form, I acknowledge that I don't have the right to ask about any rights from the hospital/ health center concerning my health condition, as it was explained to me thereabout, the treatment method, complications, and available alternatives, and this was done through the following means:

- ☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other

Patient's / Person acting on their behalf's Name: Signature:.....

I, the undersigned doctor, certify that I have fully explained to the patient or the person acting on their behalf the complications and risks of refusing a treatment/ operation/ procedure and that it is clear to me that he/she has understood the risks may result from such refusal, and I have answered all questions and am ready to answer any other questions related to the health condition of the service recipient or the person acting on his/her behalf.

Doctor's Name:..... Signature and Stamp:

MASTER COPY

Amr Alshamsh

Lamies



Patient Label

اسم المريض:
 الرقم الوطني:
 أو الرقم التسلسلي:
 تاريخ الميلاد/العمر:
 الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء عملية و/أو تخدير للحالات عالية الخطورة

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في مستشفى بإجراء عملية و/أو إعطاء التخدير:

☐ العام (General) ☐ الشوكي (Spinal) ☐ فوق الجافية (Epidural) ☐ التخدير الواعي (Conscious Sedation) ☐ أخرى:

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية و/أو التخدير والغاية منها والبدائل المتوفرة، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى مثل:

✓
 ✓
 ✓
 ✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

☐ قراءة ☐ شفويًا ☐ بالاستعانة بمترجم لغة الإشارة ☐ طريقة بريل ☐ باستخدام الصور والأشكال التوضيحية ☐ باستخدام المعينات البصرية أو السمعية ☐ أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.

4. أفوض الفريق الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة لي والذي يكون فيها منافعاً لأي أذى لحالتي الصحية، أو إنقاذاً لحياتي.

5. وإنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للآثار أو المضاعفات التي قد تحدث، وإنني أوافق على ذلك.

6. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية و/أو إعطاء التخدير، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تماماً بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

7. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإنني مدركة تماماً لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً: التوقيع:

أنا الطبيب أشهد بأنني شرحت للمريض/من ينوب عنه قانوناً بصورة كاملة عن إجراءات العملية و/أو التخدير الذي سوف يجري، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه قد فهم المخاطر الناتجة عن العملية باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه وذلك قبل توقيعه على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية للمريض أو من ينوب عنه قانوناً.

اسم الطبيب/ة الأول: التوقيع والختم:

اسم طبيب/ة الثاني: التوقيع والختم:

MASTER COPY

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Surgery and /or Anesthesia for High Risk Cases

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the doctor and the medical staff at hospital to do the surgery, and/or to administer the following anesthesia to me:

☐ General ☐ Local ☐ Spinal ☐ Epidural ☐ Conscious Sedation ☐ Other.....

I acknowledge the following:

1. The doctor explained to me the nature of the operation and/or anesthesia, its purpose and the available alternatives, as well as the potential risks such as the risk of bleeding or any possibility of other complications such as:

✓ ✓
✓ ✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

☐ Orally ☐ Reading ☐ Braille ☐ Visual or Hearing Aids ☐ Pictures and Illustrations
☐ A Sign Language Interpreter ☐ Other.....

3. All my inquiries have been answered satisfactorily and I understand the risks explained to me.

4. I authorize the medical staff to take the necessary laboratory samples or blood transfusion during the operation or to perform any therapeutic, diagnostic or surgical procedures that may need to be performed in addition to those mentioned for me in order to prevent any harm to my health condition, or to save my life.

5. I am aware that during the operation, circumstances may develop and require modifying or extending the duration of the operation, or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree thereto.

6. My signature on the authorization is an acknowledgment of permission to carry out the operation/ procedure/ treatment, and I understand the complications may occur as a result of performing it. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.

7. **For women of gestational age:** I was asked about my possibility of pregnancy at the time of the examination, and I am fully aware of the birth defects may affect the fetus if I am pregnant.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the patient/ the person acting on his/her behalf the operation will be performed and/or the anesthesia will be administered, and I have also explained the possible complications may occur. It is also clear to me that he/she understood the risks resulting from the operation using the above-mentioned means, before signing the form. I also answered all inquiries and am ready to answer any other questions related to the patient health for him/her or the person acting on his/her behalf.

First Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

Second Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

MASTER COPY