

نموذج الموافقة المبينة على المعرفة
تفويض لإجراء الخزعة

Informed Consent For Biopsy

اليوم التاريخ الساعة

١. أنا الموقع أدناه ، أفوض الطبيب والطاقم الطبي في مستشفى بعمل الإجراءات اللازمة لأخذ الخزعة من
٢. لقد قام الطبيب بتعريفني عن طبيعة الإجراء المذكور أعلاه والغاية المرجوة منه وعن التخدير إذا لزم ، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى .
٣. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي " إن وجدت بصورة مرضية وأنتني أتفهم هذه المخاطر الموضحة لي .
٤. سأقوم بإبلاغ احد أفراد الفريق الطبي حالاً عند حدوث أي مضاعفات بعد الإجراء دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة .
٥. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراءات الخزعة ، وأنتني أتفهم المضاعفات التي قد تحصل نتيجة للإجراء أو الفحص وأنتني موافق ومقتنع تماماً بإجرائه .
٦. للسيدات في سن الحمل :
لقد سؤلت عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص ، وأنتني مدركة تماماً لما قد يصيب الجنين من تشوهات خلقية إذا كنت حاملاً وأنا اصرخ بأنني غير حامل .
اسم المريض / أو من ينوب عنه
توقيع المريض / أو من ينوب عنه
شاهد
التوقيع

أنا الطبيب أشهد بلني شرحت للمريض أو من ينوب عنه بصورة كاملة عن اجراءات الخزعة التي سوف تجري ، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها ، كما انه من المفهوم لدي انه قد فهم المخاطر الناتجة عن العملية وذلك قبل توقيعه على النموذج ، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات (إن وجدت) واستعدادي للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالإجراء .
اسم الطبيب : التوقيع

نموذج الموافقة المبينة على المعرفة
تفويض لإجراء العملية أو إجراء أو علاج

Informed Consent For Surgery/ Procedure/Treatment

اليوم التاريخ الساعة

أنا الموقع أدناه ، أفوض الطبيب والطاقم الطبي في
مستشفى بعمل الإجراءات اللازمة لأخذ الخزعة من

و اقر بما يلي :

١. لقد قام الطبيب بالشرح لي عن طبيعة/ الإجراء/ العلاج المذكور أعلاه والغاية المرجوة منه وعن التخدير إذا لزم ، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى .
٢. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي " إن وجدت بصورة مرضية وأني أتفهم هذه المخاطر الموضحة لي .
٣. في حال حدوث أي مضاعفات سوف أقوم بإبلاغ احد أفراد الفريق الطبي دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة أفوض الطاقم الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي اجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكور لي والذي يكون فيها منعا لأي أذى لحالتي الصحية أو إنقاذاً لحياتي .
٤. وأنني على علم بابه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية ، أو القيام بإجراءات أخرى للآثار أو المضاعفات التي قد تحدث ، وأنني أوافق على ذلك .

٥. توقيع على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية / الإجراء / العلاج ، وأنني أتفهم المضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وأنني موافق ومقتنع تماما بإجرائه .

اسم المريض / أو من ينوب عنه
توقيع المريض / أو من ينوب عنه
شاهد
التوقيع

أنا الطبيب أشهد بأني شرحت للمريض أو من ينوب عنه بصورة كاملة عن اجراءات الخزعة التي سوف تجري ، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها ، كما انه من المفهوم لدي انه قد فهم المخاطر الناتجة عن العملية وذلك قبل توقيعه على النموذج ، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات (إن وجدت) واستعدادي للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالإجراء .
اسم الطبيب : التوقيع

نموذج الموافقة المبنية على المعرفة
تفويض من المتطوع بالبحث الذي لا يتوقع منه فائدة مباشرة للمتطوع

اليوم التاريخ الساعة

١. بهذا أتطوع في هذا البحث تحت إشراف أو احد المشاركين معه
بمستشفى والمتضمن لما يلي :

٢. اقر بأنني قد قرأت - أو شرح لي بلغة مفهومة لدي - هذه المعلومات المتعلقة بتطوعي في هذا البحث وان
الدكتور / السيد قد أوضح لي طبيعة وأهداف
هذه الدراسة ، كما اقر بأنه قد اتاحت لي الفرصة لتوجيه جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة وتلقيت
الإجابات الشافية .

٣. افهم بان الدراسة ليس لها أي فائدة علاجية مباشرة لي ومع ذلك أتطوع فيها مع علمي بالمخاطر الناتجة عنها .
٤. وافهم بان لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض وإنهاء تطوعي بهذه الدراسة في أي وقت ارغب مع علمي
بجميع العواقب والمخاطر المترتبة على انسحابي من الدراسة (إن وجدت) كما افهم بان انسحابي من هذه
الدراسة لن يؤثر على حقي في تلقي العناية الطبية اللازمة والتي تمنح للمتطوعين بالدراسة أو استحقاقها في
الأحوال العادية .

٥. كما أؤكد بأنني قد قرأت (أو قرأ لي) هذا التفويض وان كل المعلومات اللازمة قد تمت تعبئتها بدقة قبل توقيع
عليها .

اسم المريض / أو من ينوب عنه:

توقيع المريض / أو من ينوب عنه:

شاهد:

التوقيع:

اقر بأنني قد شرحت للمتطوع / أو من ينوب عنه والمذكور أعلاه بصورة كاملة طبيعة وأهداف مشروع البحث المذكور
والمتضمن عدم وجود فائدة مباشرة له . كما قد شرحت له المضاعفات المحتملة حدوثها من إجراء هذه الدراسة سواء كانت
لأسباب معروفة أو غير معروفة كما انه من المفهوم لدي بأنه قد فهم طبيعة الدراسة والغرض منها والمخاطر الناتجة عنها
وذلك قبل توقيعه على الموافقة بالتطوع ، ولقد قمت بتوضيح استعدادي للإجابة على أي أسئلة متصلة بهذه الدراسة ، وقمت
فعلا بالإجابة الشافية على جميع أسئلة المتعلقة بالدراسة

اسم الباحث الرئيسي : التوقيع:

نموذج الموافقة المبينة على المعرفة
تفويض نقل الدم ومشتقاته

Informed Consent For Blood Product/Transfusion

اليوم التاريخ الساعة

١. أنا الموقع أدناه أفوض الطاقم الطبي في مستشفى

بإعطائي الدم أو أحد مشتقاته والذي سيساعد في

التغلب على مرضي / مرض مريضي أو حالته الجراحية.

٢. لقد تم الشرح لي أنني /إن مريضي قد يحتاج لنقل الدم أو أحد مشتقاته وذلك لأن حالته الصحية تقتضي ذلك.

٣. لقد تم شرح مخاطر وتبعات نقل الدم ومشتقاته والتي تتضمن ولا تقتصر على اليرقان أو التحسس أو أي مضاعفات أخرى.

٤. أوافق على ما تم شرحه من مخاطر، وأنا أفوض المستشفى بنقل الدم أو مشتقاته والمرتبطة بحالتي الطبية والجراحية والتي ينصح بها طبيبي المعالج.

٥. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بعملية نقل الدم ومشتقاته.

اسم المريض / أو من ينوب عنه:

توقيع المريض / أو من ينوب عنه:

اسم الطبيب :

التوقيع :

شاهد:

التوقيع :

نموذج الموافقة المبينة على المعرفة
تفويض لإجراء عملية وتخدير لحالة خطيرة

Informed Consent For High Risk Operatiopn And Anesthesia

اليوم التاريخ الساعة

نحن الموقع أدناه ، نفوض الطبيب
والطاقم الطبي في مستشفى بإجراء العملية التالية:

ونقر بما يلي:

١. قام الطبيب بالشرح عن طبيعة العملية المذكورة أعلاه وعن التخدير.
٢. وقد قام الطبيب بشرح خطورة هذه العملية والفوائد المرجوة منها.
٣. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتنا "إن وجدت" بصورة مرضية وإننا نتفهم هذه المخاطر الموضحة لنا.
٤. نفوض الفريق الطبي أخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة أعلاه والذي يكون فيها منعا لأي أذى للحالة الصحية، أو إنقاذاً للحياة.
٥. وإننا على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية أو القيام بإجراءات أخرى للآثار أو المضاعفات التي قد تحدث، وإننا نوافق على ذلك
٦. توقيعنا على التفويض هو إقرار بالسماح للقيام بإجراء العملية ، وإننا متفهمين للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإننا موافقين ومقتنعين تماما بإجراء العملية.
٧. ونتحمل بذلك مسؤولية هذه الموافقة ونتعهد بعدم مطالبة المستشفى أو الجراح الذي أجرى العملية، أو طبيب التخدير بأية مسؤولية عن أية مضاعفات قد تنتج أثناء الرعاية الطبية بمختلف أنواعها لمريضنا وعلى ذلك نوع.

الاسم: الاسم:
التوقيع: التوقيع:
المريض / صلة القرابة: صلة القرابة:

شاهد ثاني

شاهد أول

الاسم: الاسم:
التوقيع: التوقيع:

أنا الدكتور أشهد بأنني شرحت للمريض أو من ينوب عنه بصورة كاملة عن إجراءات الخزعة التي سوف تجري ، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها ، كما انه من المفهوم لدي انه قد فهم المخاطر الناتجة عن العملية وذلك قبل توقيعها على النموذج ، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات (إن وجدت) واستعدادي للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالإجراء .

اسم الطبيب : التوقيع:

نموذج الموافقة المبينة على المعرفة
تفويض لإجراء التخدير
Informed Consent For Anesthesia

اليوم التاريخ الساعة

١. أنا الموقع أدناه، أفوض طبيب التخدير الدكتور في مستشفى بإعطائي:

العام الموضعي الناحي

وذلك خلال الإجراء / العملية الجراحية / العلاج الذي سيجري لي، وقد أتعرض لها.

٢. إنني أعلم بأنه يترتب على التخدير عددا من المخاطر والعواقب التي قد أتعرض لها

٣. أنني أعلم بأن استخدام الأدوات في الفم من أجل المحافظة على مجرى التنفسي خلال التخدير قد ينتج عنه أضرار للفم والأسنان لا يمكن تجنبها.

٤. أنني على علم بأن العلاج أو الأدوية التي أستعملها قد تسبب مضاعفات في التخدير أو الجراحة وأن المصلحة تقتضي إبلاغ الطبيب مسبقا بأي علاجات أو أدوية أستعملها.

٥. أنني على علم بالمخاطر والعواقب الأكثر خطورة للتخدير التي تحصل خلال مرحلة التخدير أو الإفاقة.

٦. أقر بأن طبيب التخدير قد شرح لي نوع التخدير المناسب لحالتي الذي يمكنني الخضوع له وأنني على علم بأنه أثناء خضوعي للتخدير قد تتطور ظروف قد تتطلب تعديل أو تمديد مدة التخدير أو إعطاء كميات من الدم أو منتجات الدم، والآثار والمضاعفات المترتبة على ذلك.

٧. أنني على علم بأنه يجب علي بأن لا أتناول أي شيء عن طريق الفم منت طعام أو شراب بعد الساعة ١٢ منتصف الليلة السابقة للجراحة أو إجراء ما لم يوصي الطاقم الطبي بغير ذلك.

٨. أوافق على إجراء الفحوصات والمعالجات التي تسهم بطريقة أفضل لتقييم المخاطر التي سوف أواجهها كجزء من الرعاية الطبية المقدمة.

بتوقيعي على هذا النموذج أقر بأنني على علم بمحتويات هذه الوثيقة وأوافق على بنودها. وأنني قمت بطرح الأسئلة التي أرتغب بها وتمت الإجابة عنها.

اسم المريض / أو من ينوب عنه : التوقيع :

شاهد : التوقيع :

أنا الطبيب التخدير اشهد بلني شرحت للمريض أو من ينوب عنه بصورة كاملة عن التخدير ومخاطره ، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها ، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات (إن وجدت) واستعدادي للإجابة عن أي أسئلة أخرى.

اسم الطبيب : التوقيع