

اسم المريض:.....
رقم الملف :.....
الرقم الوطني:.....
الطبيب المعالج:.....

المملكة الأردنية الهاشمية
وزارة الصحة

نموذج الموافقة المبينة على المعرفة

تفويض لإجراء عملية أو إجراء أو علاج

Informed Consent For Surgery/Procedure/Treatment

اليوم:..... التاريخ:..... الساعة :.....

أنا الموقع أدناه ، أفوض الطبيب
والطاقم الطبي في مستشفى..... بإجراء العملية / الإجراء / العلاج التالي:

وأقر بما يلي :

١. قام الطبيب بالشرح لي عن طبيعة العملية / 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 و إنني أتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.
٣. في حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخبار أحد أفراد الفريق الطبي دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة.
٤. أفوض الطاقم 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.
٥. و إنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للأثار أو المضاعفات التي قد تحدث، و إنني أوافق على ذلك.
٦. توقيعى على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية / الإجراء / العلاج، و إنني متفهم للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك و إنني موافق ومقتنع تماماً بأجرانه.

اسم المريض/أو من ينوب عنه:.....

توقيع المريض/أو من ينوب عنه:.....

شاهد :

التوقيع:

أنا الطبيب :..... أشهد بأنني شرحت للمريض أو من ينوب عنه بصورة كاملة عن إجراءات العملية / الإجراء / العلاج التي سوف يجرى، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من المفهوم لدي أنه قد فهم المخاطر الناتجة عن العملية وذلك قبل توقيعيه على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات (إن وجدت) واستعدادي للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية.

اسم الطبيب:..... التوقيع :