

نموذج الموافقة المستنيرة (Consent Form)

Consent Form:

A legal document signed or marked by a patient or legal authorized representative voluntarily, without coercion or undue influence, prior to any medical

Treatment/procedure. This form states that the patient agrees to undergo the recommended

treatment/procedure and is aware of any possible risks that might occur Purpose:

To guide healthcare providers in obtaining and documenting Informed Consent. Informed

Consent protects patients and avoids putting them in powerless and vulnerable situations.

This policy sets out expectations of healthcare providers to implement processes that shall ensure:

Providers abide by legal, professional and ethical obligations in obtaining informed

Consent prior to managing their patients' medical condition/s.

Sufficient information is provided to patients in order to help them make informed

Voluntary decisions whereby they either accept or refuse a treatment or procedure.

The right of patients to refuse treatment or to withdraw their consent shall be respected

(Please refer to the Ministry of Public Health Patients' Bill of Rights and Responsibilities).

The patients' cultural requirements shall be respected and fulfilled whenever possible.

This policy is compulsory and the Ministry of Public Health (MOPH) mandates all healthcare

providers to ensure compliance with the legal and ethical standards outlined within this policy, in

Obtaining Informed Consent from patients/legal authorized representatives.

I had the opportunity to read this form and ask questions, my questions were answered to my satisfaction, and I agree to any proposed treatment.

I authorize the attending physician to treat me and do further treatment if needed, God forbid.

The therapist advised me that antibiotics, analgesics and other medications can cause allergic reactions

I understand that it is my responsibility to inform the doctor if I am allergic to a particular drug and any medications I am currently taking.

I understand that during treatment it may be necessary that I may need surgery

The Doctor he/she inform that:

The nature of the patient's condition, diagnosis and treatment/

Procedure/s to be performed.

Nature and probability of risks involved.

Potential complications associated with the recommended

Treatment/procedure.

Person/s involved in the procedure

نموذج الموافقة :

وثيقة قانونية يوقعها أو يخطمها المريض أو ممثله القانوني المفوض طوعاً، دون ضغط أو تأثير غير مبرر قبل العلاج أو الإجراء الطبي. وينص هذا النموذج على أن المريض يوافق على الخضوع للعلاج أو لإجراء طبي موصى به، وأنه على دراية بأي مخاطر محتملة يمكن أن تحدث،

الغرض:

إرشاد مقدمي خدمات الرعاية الصحية خلال عملية الحصول على الموافقة المستنيرة وتوثيقها، تحمي الموافقة المستنيرة المرضى، وتجنب وضعهم في مواقف يشعرون فيها بالعجز وقلة الحيلة.

تحدد السياسة الحالية توقعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية لتنفيذ العمليات التي تضمن تقيد مقدمي الرعاية الصحية بالالتزامات القانونية والمهنية والأخلاقية ذات الصلة بالحصول على الموافقة المستنيرة قبل البدء بالتعامل مع الحالة الصحية.

تقديم معلومات وافية للمرضى تساعد في اتخاذ قرارات طوعية واعية فيما يتعلق بقبول العلاج أو الإجراءات العلاجية أو رفضها.

احترام حق المريض في رفض علاج ما أو سحب موافقته (يرجى الرجوع إلى وثيقة حفر مسؤوليات المرضى الصادرة عن وزارة الصحة العامة). احترام المتطلبات الثقافية للمرضى وتلبية متى أمكن ذلك.

هذه السياسة إلزامية حيث تكلف وزارة الصحة العامة جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية بضمان الإمتثال للمعايير القانونية والأخلاقية، المبينة في هذه السياسة، في الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى أو المفوضين قانونياً عنهم.

لقد أتيت لي الفرصة لقراءة هذا النموذج وطرح الأسئلة، تم الرد على أسئلتي لرضائي، وأوافق على أي علاج مقترح.

أفوض الطبيب المعالج لي بمعالجتي وإجراء المزيد من العلاج إن احتاج الأمر لأقدر الله.

نصحتني طبيب المعالج أن المضادات الحيوية والمسكنات والأدوية الأخرى يمكن أن تسبب تفاعلات حساسية

أفهم أنه من مسؤوليتي إبلاغ الطبيب في حالة وجود لدي حساسية من دواء معين ومن أي أدوية أتناولها حالياً.

أفهم أثناء العلاج قد يكون من الضروري قد أحتاج إلى عملية جراحية.

يتم إبلاغكم من الطبيب المعالج:

طبيعة حالة المريض أو التشخيص الطبي له والإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.

طبيعة المخاطر والاحتمالات المترتبة

المضاعفات المحتملة والمتعلقة بالإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها. الأشخاص ذوي الصلة بالإجراء أو الإجراءات العلاجية الموصى باتخاذها.

التوقيع :

Sign:

[illegible]