

نموذج موافقة على عملية جراحية

הסכמה לניתוח

מדבקה

بعد أن تلقيت شرحاً شفهياً تفصيلياً من الطبيب

الاسم الشخصي

اسم العائلة

عن لزوم إجراء عملية

التشخيص:

بما في ذلك عن النتائج المرجوة وعن المخاطر وعن طرق العلاج البديلة الممكنة في ظروف الحالة، بما فيه الاحتمالات والمخاطر المترتبة عن كل واحد من تلك الإجراءات والفحوصات والعلاجات، فإنني أعطي موافقتي على إجراء العملية على النحو المذكور في المستشفى (تسمى فيما يلي - العملية الأساسية).

تلقيت شرحاً وأفهم أن هناك احتمال أن يتبين أثناء العملية الأساسية أن هناك حاجة لتوسيع حجم العملية أو تغيير العملية أو اتخاذ إجراءات أخرى أو إضافية، بما فيه عمليات جراحية أخرى لا يمكن توقعها الآن بالتأكد أو توقعها جميعها، لكنني تلقيت شرحاً عن مغزاها. وعليه فإنني أوافق أيضاً على هذا التوسيع أو التغيير أو تنفيذ الإجراءات الأخرى أو الإضافية، بما فيها عمليات جراحية يعتقد أطباء المستشفى أنها ستكون ضرورية أو مطلوبة أثناء إجراء العملية الأساسية؟

كما أعطيت موافقتي لإجراء التخدير، سواء كان تخديراً موضعياً أو تخديراً كاملاً إذا لزم الأمر بحسب اعتبارات الأطباء المسؤولين.

سألتني شرح عن التخدير من أخصائي التخدير.

أعلم وأوافق على أن تتم العملية الأساسية وباقي الإجراءات على يد من توكل إليه هذه المهمة وفقاً لأنظمة وتعليمات المستشفى، وأنني لم أتلق ضماناً بأن جميع تلك الإجراءات أو جزء منها لن تتم على يد شخص معين، شريطة أن يتم إجرائها بحدود المسؤولية المتبعة في المستشفى وبالتوافق مع القانون.

توقيع المريض/ة

الساعة

/ /
التاريخ

اسم الطبيب

توقيع الوصي (في حالة شخص فاقد الأهلية، قاصر، مريض نفسي)

اسم الوصي

أؤكد بأنني قد شرحت للمريض/ للوصي على المريض/ للمترجم/ شفهيًا جميع المذكور أعلاه بالتفصيل المطلوب وأنه/ أنها قد وقع/ت على الموافقة أمامي بعد أن تأكدت بأنه/ فهم/ت شري بالكمال.

رقم الرخصة

توقيع الطبيب/ة

اسم الطبيب/ة

*اشطب الزائد