

INFORMED CONSENT FOR SURGICAL, INVASIVE PROCEDURES

إقرار بقبول العلاج الجراحي والإجراءات التشخيصية والعلاجية
In case of refusal please fill up the specific Refusal form

<p>I here by consent , _____ (Name of attending Physician or Authorized Health Care Provider) or his/her Associate Attending Physicians of the same service, and assistants as may be selected and supervised by him/her to perform the following medical treatment, operation, or procedure:</p> <p>_____</p> <p>(Hereafter called the "procedure") The procedure has been explained to me together with the following information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The nature of the procedure 2. Purpose and / or benefits of the above procedure 3. Possible alternative methods or treatments 4. Risks involved 5. Risk of not doing the procedure 6. Possibility of complications <p>Risks : _____</p> <p>Complications : _____</p> <p>_____</p> <p>I understand that in addition to the risks described to me about this procedure there are other risks that may occur with any surgical or medical procedure.</p> <p>I have had enough time to discuss my condition and this procedure with my health care providers, the physician and other doctors concerned, and I have received answers to all questions I asked and do hereby assume all risks involved. I am aware that the outcome of Medical and Surgical treatment is not always predictable. No guarantee or assurance has been given to me by anyone to the results that may be obtained.</p>	<p>أخول بإقراري هذا _____ (اسم الطبيب المعالج أو مقدم الخدمة الطبية) أو مساعده من أطباء قسمه المختارين من قبله وبإشرافه، بتنفيذ الإجراءات الجراحية، أو التشخيصية أو العلاجية المسمى:</p> <p>_____</p> <p>والمشار إليه لاحقاً بالإجراء.</p> <p>لقد تم شرح الإجراء لي بالإضافة إلى المعلومات التالية</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- طبيعة الإجراء 2- الغاية والفوائد المرجوة منه 3- الإجراءات أو العلاجات البديلة الممكنة 4- الأخطار الممكنة 5- الأخطار المترتبة على عدم القيام بالإجراء 6- إمكانية حدوث تعقيدات <p>رطاخلما : _____</p> <p>_____</p> <p>تافعاضلما</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>وأعلم أنه بالإضافة للأخطار المشروحة لي حول هذا الإجراء فإن هناك أخطار أخرى قد تحدث في الجراحات والعلاجات وإجراءات التشخيص.</p> <p>لقد أتيت لي الوقت الكافي لمناقشة حالتي والإجراء المعروض علي مع مقدمي الخدمة الطبية، الطبيب والأطباء الآخرين المعنيين، وتلقيت الإجابات على جميع أسئلتي ولدي تصور كامل عن الأخطار المحتملة. وأعلم أن نتائج الإجراءات الطبية لا يمكن تقديرها مسبقاً كما لم تقدم لي أية تأكيدات عن النتائج المتوقعة.</p>
--	--

INFORMED CONSENT FOR SURGICAL, INVASIVE PROCEDURES

إقرار بقبول العلاج الجراحي والإجراءات التشخيصية والعلاجية
In case of refusal please fill up the specific Refusal form

<p>I consent to the performance of operations and procedures in addition to, or different from those contemplated, whether or not arising from presently unforeseen conditions, which the primary surgeon and/or his associates may consider necessary or advisable during the course of the operation.</p> <p>Signature of Patient: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>إنني أقر إجراء أي عمل جراحي أو علاجي أو تشخيصي آخر لو وجد الطبيب المعالج أو طاقمه الطبي أنه ضروري أو ينصح به، حتى لو كان إضافة أو مغايراً للإجراء الأصلي أولم يمكن التكهّن به مسبقاً من خلال وضعي الحالي.</p> <p>توقيع المريض: _____</p> <p>التاريخ: _____</p>
<p>Affirmation by Responsible Physician:</p> <p>I have informed the above patient or authorized representative of the medical condition requiring surgical/ Invasive Medical treatment and/or further invasive diagnostic procedure referred to as above. As well as methods of sedation proposed, if appropriate. I have explained, consistent with accepted medical judgment, the nature and purposes of the treatment the treatment of the procedure consented to:</p> <p>Physician Signature & Stamp: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>تأكيد الطبيب المسؤول:</p> <p>أعلمت المريض المذكور أعلاه أو ممثله المخوّل عن الحالة الصحية التي تتطلّب جراحة / معالجة طبية دخيلة و/ أو إجراء تشخيصي دخلي والمّنوه عنه أعلاه. بالإضافة إلى طريقة التخدير المقترحة، إذا كان ذلك ضرورياً. وشرحت له، بشكل يتناسب مع الأحكام الطبية، طبيعة وأغراض المعالجة أو الإجراء المزمع إجراءه وكذلك البدائل الممكنة والأخطار والتعقيدات والنتائج المرجوة من الإجراء.</p> <p>توقيع وختم الطبيب: _____</p> <p>التاريخ: _____</p>
<p>Substitute Consent giver</p> <p>If the patient cannot consent for him/herself, the signature of parent, health care provider, legal guardian, or Substitute Consent giver who is acting on behalf of the patient, or the patient's next of kin who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained.</p> <p>I _____ Of _____ Nationality, _____ Years old.</p> <p>Holder of I.D. Number _____ Type _____</p> <p>_____ Do hereby declare that I am the</p>	<p>In case of refusal please fill up the specific Refusal form</p> <p>إقرار نائب المريض أو ولي الأمر</p> <p>إذا تعذر على المريض الإقرار والتوقيع، بسبب السن أو القانون أو الحالة الصحية، فيجب الحصول على إقرار من من ينوب عنه أو ولي أمره.</p> <p>أقر أنا _____</p> <p>الجنسية _____ العمر _____ عاماً</p> <p>ولدي إثبات شخصية _____</p>

INFORMED CONSENT FOR SURGICAL, INVASIVE PROCEDURES

إقرار بقبول العلاج الجراحي والإجراءات التشخيصية والعلاجية
In case of refusal please fill up the specific Refusal form

<p>guardian/substitute consent giver for the patient in my capacity as _____ I have been asked, in the best interests of the patient, to sign this declaration and consents required by the hospital as the patient is incompetent to do so.</p> <p>Name & Signature of Substitute Consent giver: _____</p> <p>Relationship: _____</p> <p>Date: _____</p>	<p>رقم _____</p> <p>بأني ولي أمر أو أنوب عن المريض بصفتي _____</p> <p>قد طلب مني انطلاقاً من مصلحة المريض، بالتوقيع على الإقرارات والموافقات المطلوبة من قبل ال بالنيابة عنه لتعذر قيامه بذلك.</p> <p>اسم وتوقيع نائب المريض أو ولي الأمر _____</p> <p>صفة القرابة: _____</p> <p>ال تاريخ: _____</p>
<p>WITNESS:</p> <p>أنا، _____</p> <p>am Coccoona Employee who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or his/her Substitute Consent Giver voluntarily sign this form. _</p> <p>Name, Title, Designation of Witness: _____</p> <p>Signature: _____</p> <p>Date:</p>	<p>المترجم - الوسيط</p> <p>يتم التوقيع من قبل المترجم/ الوسيط إذا احتاج المريض لمساعدته. حسب معرفتي، فإن المريض فهم ما ترجم وما نقل إليه ووقع بملىء إرادته هذا الإقرار.</p> <p>اسم، وظيفة وتوقيع المترجم أو الوسيط _____</p> <p>التاريخ: _____</p> <p>التاريخ: _____</p>
<p>INTERPRETER/TRANSLATOR</p> <p>To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance</p> <p>To the best of my knowledge, the patient understood what was interpreted / translated and voluntarily signed this form.</p> <p>Name, Title, Designation of Translator Signature: _____</p> <p>Date:</p>	<p>المترجم - الوسيط</p> <p>أن يوقع من قبل المترجم / المترجم إذا احتاج المريض إلى هذه المساعدة على حد علمي ، فهم المريض ما تم تفسيره / ترجمته ووقع هذا النموذج طواعية.</p> <p>الاسم واللقب وتعيين توقيع المترجم: _____</p> <p>تاريخ:</p>