

رقم الملف:	استمارة مغادرة المستشفى		رقم البطاقة الوطنية:
اللقب:	الاسم:	القسم:	الطبيب المعالج:
اسم الأب:	تاريخ الولادة:	الغرفة:	تاريخ القبول:
		السرير:	
يتم ملء هذا الحقل من قبل الطبيب المعالج			
شرح	مختصر	للحالة	المرضية:
.....			
.....			
العلاج الذي يمتنع المريض عن تلقيه:			
عواقب	عدم	تقبل	التدابير
			التشخيصية
			والعلاجية:
.....			
.....			
إني الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور أعلاه، أعلن أنني قد قدمت الإيضاحات اللازمة والكافية حول التدابير التشخيصية والعلاجية التي تستعمل لعلاج مرض كما عرضت شرحاً وافياً للسيد/ للسيدة/ للأنسة مستلم الخدمة/ وليه/ الوكيل القانوني الذي من شأنه القانوني اتخاذ القرارات فيما يرتبط بالموافقة على مغادرة المستشفى أو عدم تقديم الموافقة وإبراء الذمة الواعي ومدى أهليته لاتخاذ القرار في الشؤون العلاجية.			
توقيع الطبيب المعالج وختمه		التاريخ والساعة	
في حال عدم موافقة المريض أو وليه على استمرار العلاج والمطالبة بمغادرة المستشفى برغبة منهما، يملأ هذا الحقل من قبل المريض أو وليه القانوني.			
إني (المريض □ / الولي القانوني للمريض □) اسم الأب حامل البطاقة الوطنية رقم وجواز السفر رقم الصادر من تاريخ الولادة /..... أعلن أنني قد تلقيت المعلومات الكافية عن طبيعة مرضي والتدابير العلاجية المبذولة لحد الآن وعن السبل البديلة للعلاج وكذلك تلقيت من الطبيب المعالج السيد/ السيدة الدكتور حول <u>الأخطار والأعراض الناتجة عن عدم تقبل العلاج والمخاطر المحتملة في مغادرة المستشفى برغبتي الشخصية</u> وأعلن بكامل وعي ورشدي علماً بعواقب عدم تلقي العلاج وأن مغادرة المستشفى برغبتي الشخصية قد يؤدي إلى مخاطر لا تحمد عقباه كوخامة المرض وفقدان أحد أعضاء الجسم أو تصاعد خطر المرض، <u>أعلن عدم رغبتي في استمرار العلاج المذكور</u> وأطالب بصرفي من المستشفى، وأبرئ ذمة الفريق الطبي والعلاجي عن المخاطر والأضرار اللاحقة جزاء عدم تلقي التدابير العلاجية المقترحة من قبلهم، وليس لدي الحق في مقاضاتهم قانونياً وفي محاكم الجزاء والقانون المدني.			
توقيع وبصمة المريض/ ولي المريض القانوني:		تاريخ وساعة التوقيع:	

يملأ الشهود هذا الحقل	
الاسم واللقب اسم الأب..... تاريخ الولادة رقم البطاقة الوطنية..... رقم جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف.....	رقم البطاقة الوطنية..... رقم جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف.....
توقيع وبصمة الشاهد الأول:	التاريخ والساعة:
الاسم واللقب اسم الأب..... تاريخ الولادة رقم البطاقة الوطنية..... رقم جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف.....	رقم البطاقة الوطنية..... رقم جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف.....
توقيع وبصمة الشاهد الثاني:	التاريخ والساعة:

يُملأ هذا الحقل بحسب رأي الطبيب المعالج، من قبل أخصائي الطبّ العدلي في المستشفى	
1. تمّ تطبيق المستمسكات القانونية لمستلم الخدمة □ ولي الأمر/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ مع ملفّ المريض □ لم يتمّ تقديم مستمسكات المريض □	
2. يعدّ مستلم الخدمة □ ولي الأمر/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ السيد/ السيدة/ الأنسة من الناحية القانونية كفيلا بتقديم طلب الترخيص أو عدمه والتوقيع على استمارة إبراء الذمّة واتخاذ القرار في الشؤون العلاجية المقترحة من قبل الفريق الطبي.	
لقد أدرك مستلم الخدمة جميع الأخطار المحتملة عن عدم تلقي العلاج والمطالبة بمغادرة المستشفى وقد أبرأ ذمّة الكادر المعالج ومسؤولي المستشفى ومازال مصرّاً على طلبه.	
تمّت مقابلة مستلم الخدمة □ ولي الأمر/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ ودراسة ملفّه السريري والنظرية التشخيصية من قبل الطبّ العدلي للتأكد من صحة الاستجابة لطلب المريض ونفاذها القانوني وأدرج ذلك في استمارة الاستشارة الطبية للإفادة.	
توقيع وختم أخصائي الطبّ العدلي:	التاريخ والساعة:

يرجى ذكر السبب الرئيس للمطالبة بقطع العلاج ومغادرة المستشفى بوضع إشارة أمام الإجابة المناسبة وذلك ليستفيد المستشفى من آرائكم وتحسين الأداء مستقبلياً.

<input type="checkbox"/> الحالة المادّية للمريض	الأسباب المتعلقة بالمريض
<input type="checkbox"/> مشاكل شخصية للمريض	
<input type="checkbox"/> التخوف من العلاج	
<input type="checkbox"/> الشعور بالتحسّن	
<input type="checkbox"/> اقتراح مرافقي المريض	الأسباب المتعلقة بفريق العلاج
<input type="checkbox"/> عدم الثقة بنوعية الخدمات المعروضة	
<input type="checkbox"/> السخط على سلوك العاملين بالمستشفى	
<input type="checkbox"/> عدم تقديم المعلومات الكافية للمريض	
<input type="checkbox"/> التأخير في اتخاذ التدابير التشخيصية والعلاجية لأسباب مختلفة	

<input type="checkbox"/> السخط على مسار العلاج	الأسباب المتعلقة بالمستشفى
<input type="checkbox"/> كون المستشفى تعليميا	
<input type="checkbox"/> السخط على نظافة المستشفى	
<input type="checkbox"/> السخط على الإمكانيات الترفيهية للمستشفى	
<input type="checkbox"/> السخط على نوعية الطعام	
<input type="checkbox"/> السخط على فندقة المستشفى (التكييف - الضياء - الصوت و...)	

سائر الأسباب:

توقيع المريض/ ولي المريض