

استمارة الموافقة الواعية وإبراء الذمة
تدابير التشخيص والعلاج

رقم الملف:		رقم الهوية الوطنية:
لقب المريض:	اسم المريض:	الطبيب المعالج:
اسم الأب والجد:	تاريخ الولادة:	تاريخ القبول:
	القسم:	الغرفة:
	السرير	
تقيّد معلومات هذا الحقل من قبل الطبيب مقدّم الخدمة		
<p>إنيّ الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور أعلاه، أعلن أنّي وفي إطار التدابير التشخيصية والعلاجية التي تتخذ لتشخيص وعلاج مرض، قد قدّمت للمريض السيد/ السيدة/ الأنسة مستلم الخدمة □ أو ولي أمره/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ جميع الإيضاحات الكاملة والمعلومات اللازمة حول أهمّ أعراض المرض ونتائج العلاج المحتملة، كما أعلمته بالطرق البديلة. وتشمل المعلومات: عواقب عدم الامتثال للتدابير التشخيصية والعلاجية:</p> <p>.....</p> <p>فوائد الامتثال لطريقة التشخيص أو العلاج المقترح:</p> <p>.....</p> <p>أهمّ الأعراض أو العواقب الناتجة عن الامتثال لأسلوب التشخيص أو العلاج المقترح:</p> <p>.....</p> <p>الأسلوب أو الأساليب البديلة للتشخيص أو العلاج مع ذكر فوائدها أو عواقبها المحتملة:</p> <p>.....</p>		
توقيع الطبيب مقدّم الخدمة وختمه:	تاريخ وساعة الموافقة الواعية:	
يقوم المريض/ ولي المريض القانوني بملء هذا الحقل		
<p>إنيّ الموقع أدناه (المريض □ ولي أمر المريض □ الوكيل القانوني للمريض □) رقم البطاقة الوطنية رقم جواز السفر الصادر من تاريخ الولادة / / أعلن أنّي قد اكتسبت من الطبيب المعالج/ الطبيب المستشار السيد/ السيدة الدكتور كافة المعلومات اللازمة عن المرض والتدابير العلاجية وأعراض وعواقب كلّ منّها، وعن الأساليب البديلة. كما أنّي على علم تامّ بالتدابير التشخيصية والعلاجية لهذا المركز التعليمي والطبي، التي يقدّمها فريق طبيّ من الأخصائيّين. ولهذا فإنّي أعلن موافقتي التامة على التدابير المذكورة وسائر التدابير التشخيصية والعلاجية التي يرتأيها الأطباء والكادر الطبيّ وفقاً للمعايير العلمية، وأبرئ ذمّة فريق التشخيص والعلاج عن الأعراض المحتملة الطارئة، على الرغم من مراعاة الموازين العلمية والفنّية والقانونية، ولن أطالبهم بأيّ دعوى جزائية أو مدنية.</p>		
توقيع وبصمة المريض/ الولي القانوني للمريض:	تاريخ وساعة الموافقة الواعية:	
يتمّ ملء هذا الحقل من قبل الشاهد		
<p>الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة رقم الهوية الوطنية/ جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف توقيع وبصمة الشاهد:</p>		
تاريخ والساعة:		

يتم ملء هذا الحقل في حال عدم الموافقة على التدابير التشخيصية. العلاجية المقترحة	
أعلن إعراضي عن قبول الخدمة وعدم موافقتي على التدابير التشخيصية - العلاجية المذكورة، وأبرئ ذمة فريق التشخيص والعلاج من جميع الأضرار والمخاطر اللاحقة عن عدم تقبل التدابير العلاجية المقترحة، وليس لدي أي دعوى جزائية أو مدنية ضدهم، وقد تفهمت جميع الأخطار الناتجة عن عدم تقبل العلاج وبذلك أتقبل جميع العواقب المحتملة من ذلك.	
التاريخ والساعة:	توقيع وبصمة المريض/ الولي القانوني للمريض:
يتم ملء هذا الحقل من قبل الشاهد	
الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة..... رقم الهوية الوطنية/ جواز السفر صلته بالمريض..... رقم الهاتف	
التاريخ والساعة:	توقيع وبصمة الشاهد:

إذا تقدم المريض بطلب الاستشارة، يتم ملء هذا الحقل من قبل الكادر الطبي القانوني للمستشفى	
1. تمت مقابلة مستلم الخدمة □ الولي/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ وتمت دراسة الملف السريري وأدرجت آراء الكادر الطبي المختص في استمارة الاستشارة للإفادة.	
2. تمت مطابقة مستمسكات مستلم الخدمة □ الولي/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ السيد/ السيدة / الأنسة مع المعلومات المذكورة في ملف المريض.	
3. تم التأكد من صلاحية مستلم الخدمة □ الولي/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ لتقديم الموافقة القانونية وإبراء الذمة العلاجية ومدى أهليته لاتخاذ القرار في الشؤون العلاجية الموضحة.	
4. عين المريض وبحضور الأخصائي الطبي والقانوني للمستشفى، السيد/ السيدة/ الأنسة وكيلاً قانونياً يمتلك كافة الصلاحيات اللازمة لاتخاذ أي قرار في شؤونه التشخيصية والعلاجية، إذا طرأت ظروف سريرية خاصة تحول دون اتخاذ المريض للقرار المعني بشؤونه العلاجية.	
5. لقد اطلع المريض أو وليه القانوني على جميع الإيضاحات والمعلومات اللازمة حول طبيعة المرض، والأعراض الأخطار الناتجة عن عدم تلقي العلاج، والأساليب العلاجية الممكنة، والعلاج المقترح وفوائده، ولاسيما الأعراض والأخطار الناتجة عن العلاج المقترح وقد عاها بشكل كامل.	
6. إذا لم يتقبل المريض العلاج المقترح وأعلن عن موافقته الشخصية على مغادرة المستشفى/ المركز العلاجي، ينبغي إدراج رأي الطب العدلي حول صحة الإذعان القانوني لطلب المريض في استمارة الاستشارة للإفادة.	
توقيع وبصمة مستلم الخدمة/ وليه/ وكيله القانوني	توقيع أخصائي الطب العدلي وختمه
التاريخ والساعة	التاريخ والساعة