

INFORMED CONSENT FOR SURGICAL, INVASIVE, MEDICAL & INVASIVE DIAGNOSTIC

إقرار عام بقبول العلاج الجراحي والإجراءات التشخيصية

I hereby permit _____ (Name of attending Physician) 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 (Hereafter name the procedure).

The nature and purpose of the above procedure, possible alternative methods or treatment, risks involved, and the possibility of complications have been explained to me. The most common risks and hazards may include infection, bleeding which may require blood transfusion, nerve or blood vessel injury, additional surgery, blood clots disorder, heart attack, allergic reactions and pneumonia. 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.

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. I have been informed about the possible consequences if I refuse this procedure.

I consent to the performance of operations and procedures in addition to, or different from those contemplated, whether arising from presently unforeseen conditions, which the primary surgeon and/or his associates may consider necessary or advisable during the operation.

Transfusion of Blood and Blood Product: I have been informed and understand that it may be necessary to receive blood or blood products in connection with my care. The potential risks, benefits and alternatives of blood transfusion, including what could happen if transfusion is refused, have been explained and I understand them. I understand the risks of transfusion exist even though blood is screened for Hepatitis, AIDS virus and other diseases. I consent to transfusion of blood and blood products

أسمح بموجب هذا القرار بـ _____ (اسم الطبيب المعالج) أو مساعديه من الأطباء المعالجين في نفس الخدمة، والمساعدين الذين قد يتم اختيارهم والإشراف عليهم لإجراء العلاج الطبي أو العملية أو الإجراء التالي (يشار إليهم فيما بعد باسم إجراء).

تم شرح طبيعة الإجراء المذكور أعلاه والغرض منه، والطرق أو العلاج البديل الممكن، والمخاطر التي ينطوي عليها، واحتمال حدوث مضاعفات. تشمل المخاطر الأكثر شيوعًا التهاب والتليف الذي قد يتطلب نقل الدم وإصابة الأعصاب أو الأوعية الدموية والجراحة الإضافية واضطراب جلطات الدم والنوبات القلبية وردود الفعل التحسسية والالتهاب الرئوي. أدرك أنه بالإضافة إلى المخاطر التي تم وصفها لي حول هذا الإجراء، هناك مخاطر أخرى قد تحدث مع أي إجراء جراحي أو طبي.

لقد كان لدي الوقت الكافي لمناقشة حالتي وهذا الإجراء مع مقدمي الرعاية الصحية والطبيب والأطباء الآخرين المعنيين، وقد تلقيت إجابات على جميع الأسئلة التي طرحتها وأتحمّل بموجب هذا جميع المخاطر التي ينطوي عليها الأمر. أدرك أن نتائج العلاج الطبي والجراحي لا يمكن التنبؤ بها دائمًا. ولم يقدم لي أي ضمان أو ضمان من قبل أي شخص بشأن النتائج التي يمكن الحصول عليها. لقد تم إبلاغي بالعواقب المحتملة إذا رفضت هذا الإجراء.

أوافق على أداء العمليات والإجراءات بالإضافة إلى تلك المتوقعة أو المختلفة عنها، سواء كانت ناشئة عن ظروف غير متوقعة حاليًا، والتي قد يعتبرها الجراح الأساسي و/أو شركاؤه ضرورية أو مستحسنة أثناء العملية.

نقل الدم ومنتجات الدم: لقد تم إبلاغي وفهمت أنه قد يكون من الضروري تلقي الدم أو منتجات الدم فيما يتعلق برعايتي. لقد تم شرح المخاطر والفوائد والبدائل المحتملة لنقل الدم، بما في ذلك ما يمكن أن يحدث إذا تم رفض نقل الدم، وأنا أفهمها. أدرك أن مخاطر نقل الدم موجودة على الرغم من فحص الدم للتأكد من عدم وجود التهاب الكبد وفيروس الإيدز وأمراض أخرى. أوافق على نقل الدم ومشتقاته

Full Patient's Name

اسم المريض(ة):

Signature

التوقيع

Date

تاريخ

Exception: procedures involving reproductivity in female patients require informed consent of the husband regardless of her age

Physician's Statement: I have discussed the procedure with the above-mentioned Patient. The discussion included the risks, complications and alternatives procedure/treatment. To the best of my knowledge the patient understood the discussion, all questions have been answered and the patient consents to the procedure.

Husband's Name

اسم الزوج:

Signature

التوقيع

Date

تاريخ

استثناء: تتطلب الإجراءات المتعلقة بالإنجاب لدى المريضات موافقة من الزوج بغض النظر عن عمرها

تصريح الطبيب: لقد ناقشت الإجراء مع المريض المذكور أعلاه، وتضمنت المناقشة المخاطر والمضاعفات والبدائل الإجراء / العلاج. على حد علمي، فهم المريض المناقشة، وتمت الإجابة على جميع الأسئلة ووافق المريض على الإجراء.

Name of the physician or
authorized health care provider

اسم الطبيب أو
مقدم الرعاية الصحية المخول

- In case of refusal please fill up the specific refusal form
- The back of this page is an integral part of this declaration

- في حالة الرفض يرجى تعبئة نموذج الرفض المخصص
- يعتبر الجزء الخلفي من هذه الصفحة جزءاً لا يتجزأ من هذا الإعلان

اسم الشاهد
التوقيع
تاريخ

أقر أنا
موظف في عيادة ترست للاخصاب و لست الطبيب المعالج
اشهد ان المريض وقع طوعيا على هذا الاقرار

Name of witness

Signature

Date

I am a Trust Fertility Clinic employee who is not the patient's physician, and I have witnessed the patient voluntarily sign this form.

المترجم / الوسيط في حالة الحاجة له

اسم المترجم أو الوسيط
التوقيع
تاريخ

بحسب معرفتي المريض فهم المعلومات المترجمة له ووقع طوعيا على هذا الإقرار

TRANSLATOR / INTERPRETER (IF Needed)

To the best of my knowledge, the patient understood the information translated to him and voluntarily signed this declaration

Name , title of interpreter /translator

Signature

Date

Guidelines

- Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria: Shall be 18 years old or more. The father or mother has the right to sign on behalf of their son or daughter regardless of their age. Shall be of sound mind and body, shall be able to understand the contents of the declaration and sign it, can read and write properly, otherwise may be assisted by another person who explains the contents and signs the declaration with him/her as witness. Both males and females are considered equal in consenting
- Definition of the Guardian: An adult relative who has had substantial involvement with the patient in the preceding 12 months. The sequence of priorities is father, mother, brother, sister, uncle (from father's side and then from mother's side), grandfather, grandmother, relatives or any parent-in-law. The husband supersedes the father and those who follow under him.
- Definition of Substitute Consent Giver: If the patient has no relatives residing in UAE, a friend may sign on his/her behalf that has familiarity with the patient's presumed wishes regarding medical care
- 1.Exemptions: 1. An unconscious/incompetent or emergency patient who has no guardian or substitute consent giver at the time shall be exempted from giving consent. 2.Only the procedures involving reproductivity in female patient require informed consent of the husband regardless of her age.
- Information & questions: Members of the medical team should answer patient's/ guardian's/substitute consent giver's questions in a simple, easy to understand, and objective manner, without exaggeration or promises. The aim is to give them enough information on all aspects of the disease, diagnostic measures and treatments, as well as any side effects and usual complications. This should be clear, scientific, easily understood, and enough to assist him/her in making decisions. This information shall not contain any promises or expectations
- Language: There should be a common language between the patient, guardians or substitute consent givers and physicians to understand content of the declaration, a translator may be used, if necessary, who must also sign the declaration.
- Only the UAE law shall be applied to any dispute: that may arise regarding the treatment dealing with the patient. The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such a dispute.

إرشادات

- يجب أن يفي وصي المريض أو مانح البديل للموافقة للمعايير القانونية التالية: يجب أن يكون 18 عامًا أو أكثر. يحق للأب أو الأم التوقيع نيابة عن ابنهما أو ابنتهما بغض النظر عن عمرهما. يجب أن يكون عاقلًا وسليم البدن، قادرًا على فهم محتوى الإقرار وتوقيعه، ويجب أن يكون قادرًا على القراءة والكتابة بشكل صحيح، وإلا يمكن أن يساعد شخص آخر بشرح له المحتوى ويوقع الإقرار معه كشاهد. يُعتبر الذكور والإناث متساوين في منح الموافقة.
- تعريف الوصي: هو قريب بالغ له مشاركة كبيرة مع المريض خلال الـ 12 شهرًا الماضية. ترتب الأولويات هو الأب، الأم، الأخ، الأخت، العم (من جهة الأب ثم من جهة الأم)، الجد، الجدة، الأقارب أو أي والدين للزوج. يحل الزوج محل الأب والأقارب الذين يليه.
- تعريف مانح البديل للموافقة: إذا لم يكن للمريض أقارب يقيمون في الإمارات العربية المتحدة، يمكن لصديق لديه معرفة برغبات المريض المتعلقة بالرعاية الصحية أن يوقع نيابة عنه/عنها.
- الإعفاءات: 1. يُعفى المريض غير الواعي أو غير الكفء أو المريض في حالة الطوارئ الذي لا يوجد لديه وصي أو مانح بديل للموافقة في ذلك الوقت من منح الموافقة. 2. تتطلب الإجراءات المتعلقة بالإنجاب في المرضى الإناث فقط موافقة الزوج بغض النظر عن عمرها.
- المعلومات والأسئلة: يجب على أعضاء الفريق الطبي الإجابة على أسئلة المريض أو الوصي أو مانح البديل للموافقة بطريقة بسيطة وسهلة الفهم وموضوعية، دون مبالغة أو وعود. الهدف هو تزويدهم بما يكفي من المعلومات حول جميع جوانب المرض، ووسائل التشخيص والعلاج، فضلاً عن أي آثار جانبية ومضاعفات معتادة. يجب أن تكون هذه المعلومات واضحة وعلمية وسهلة الفهم، كافية لمساعدتهم في اتخاذ القرارات. لا ينبغي أن تحتوي هذه المعلومات على أي وعود أو توقعات.
- اللغة: يجب أن تكون هناك لغة مشتركة بين المريض والوصي أو مانح البديل للموافقة والأطباء لفهم محتوى الإقرار، ويمكن استخدام مترجم إذا لزم الأمر، والذي يجب أن يوقع أيضًا على الإقرار.
- تُطبق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة فقط على أي نزاع قد ينشأ بشأن علاج المريض أو التعامل معه. وتكون المحاكم الإماراتية مختصة حصريًا في الفصل في مثل هذا النزاع.

Trust Fertility Clinic

Burjeel Medical City, Abu Dhabi Tel: 800 23

Mobile : +971507672825

www.trustfertility.com