Evaluation Warning: The document was created with Spire.Doc for .NET.



**Refusal of Treatment, Advice or Discharge against Medical Advice**

**إقرار برفض العلاج/النصيحة الطبية أو مغادرة المستشفى ضد رغبة الطبيب**

|  |  |
| --- | --- |
| **No abbreviations may be used in this form** | **لا يجوز استعمال الاختصارات لتعبئة هذه الاستمارة** |

|  |  |
| --- | --- |
| **I, the undersigned**\_\_\_\_\_\_\_\_\_مؤمن عبدالله سعد القدمي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in my capacity as □ Patient □ Legal Guardian □ Relative (specify…………………..) **of (patient’s name:** مؤمن عبدالله سعد القدمي**) hereby:**  **(1) Confirm that I have been advised by**  **Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **for the need for continued treatment at this hospital for □ myself □ patient’s name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_who is my**  **□ dependant □ relative and**  **(2) I also admit to the fact that the doctor has explained to me the risks and the potential harms that may happen as a result of not continuing treatment or taking up the advice and**  **(3) In spite of (1) and (2) above, I have decided to discharge**  **□ myself □ the patient**  **□ against the doctor’s advice □ decline the said treatment/advice**  **Therefore, I accept the full responsibility for my action and release this hospital, Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, and other medical and nursing staff of any liability related to my action. And to that effect, I sign this consent in the presence of the witness(es) named below.** | أنا الموقع أدناه : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_مؤمن عبدالله سعد القدمي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ بصفتي  □المريض □ولي الأمر □القريب (الصفة ..........) **المقيم في :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(1) أقر بموجب هذا بأن الطبيب (ة):** لمياء مبارك  **قد ابلغني/أبلغتني باحتياجي كمريض / احتياج المريض:**  **اسم المريض :** مؤمن عبدالله سعد القدمي  **الذي هو : □ تابع شرعي □ قريبي إلى ضرورة الاستمرار بالعلاج في المستشفى .**  **(2) و أقر كذلك بحقيقة أن الطبيب(ة) قد قام(ت) بشرح خطورة عدم الاستمرار في العلاج أو الانقياد للنصيحة الطبية والمشاكل الطبية المحتملة التي قد تنتج عن هذا الفعل .**  **(3) ومع الذي ورد في النقاط (1) (2) أعلاه فأني قد قررت إخراج □ نفسي □ تابعي الشرعي □ قريبي من المستشفى**  **□ضد رغبة الطبيب □ عدم قبول العلاج / النصيحة.**  **و على ذلك أتحمل كامـل المسئوليــة عن تصـرفي هذا واعتبر أن المستشــفى والدكتور (ة) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وبقية أعضاء الفريق الطبي والتمريض المعنيين بحالتي معفيين من أي تبعات قانونية مترتبة على تصرفي وعلى هذا تم توقيعي على الإقرار في حضور الشاهد/ الشاهدين المذكورين أدناه.** |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date/Time: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ و الساعة:\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Witness (For the above Signature) “ *see overleaf* “**  Print Name Signature Date/Time  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **الشاهد / الشهود ( على التوقيع أعلاه ) " انظر الصفحة الثانية للتفصيل"**  الاسم : التوقيع : التاريخ و الوقت  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| I, Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_لمياء مبارك\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ confirm that I have advised the □ patient □ husband □ Legal guardian of the patient of the need to continue treatment or taking up the medical advice for (medical condition \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) and I have explained the danger and potential harms and morbidity that may result from not continuing treatment or taking up the medical advice. I also confirm that I have documented all this medical records of the patient.  Dr’s Name: - - - - - - لمياء مبارك- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -  Date & Time: - - - - - - - - - - - - - - - - -Dr’s Signature: - - - - - - - - - - - | انا الدكتور(ة) : لمياء مبارك **أؤكد بأني قد قدمت النصيحة الطبية ل□ المريض □ ولى الأمر □ القريب بضرورة استمرارية المريض في العلاج / الأخذ بالنصيحة الطبية . (الحالة الطبية للمريض \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  **ولقد وضحت الخطورة والمشاكل الطبية المحتملة التي قد تنتج عن عدم استمرارية العلاج آو العمل بالنصيحة الطبية ولقد قمت بتوثيق هذا كله في ملف المريض.** اسم الدكتور(ة) : - - - - - - - - - - لمياء مبارك- - - - - -التوقيع :- - - - - - - - - - - - - - التاريخ / الوقت: - - - - - - - - - - - |
| **Patient Relations Officer:**  Name :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ I.D. No.: لمياء مبارك\_  Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date / Time: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **موظف علاقات المرضى:**  الاسم :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  التوقيع :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ / الوقت: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |