

**نموذج إقرار بالموافقة على التخدير / التهدئة الطبية الواعية**

**ANESTHESIA /CONSCIOUS SEDATION CONSENT**

**ONE DAY SURGERY**

Record No ………………………………

Patient‘ s Name (PATIENTNAME)

Age:………….. Sex:……………

Nat:…………………

Ward :…………………. Bed No :……

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnosis.....................................................................................  Planned Procedure…………………………………………………………………………….. | | | **............................................................................. :التشخيص**  **............................................................................... : اإلجراء** | | |
| THIS CONSENT IS VALID FOR TWO WEEKS DURING A SINGLE ADMISSION STAY | | | **هذه الموافقة سارية المفعول لمدة أسبوعين خالل فترة التنويم** | | |
| IN HOSPITAL. ABBREVIATIONS NOT ALLOWED. | | | **ال يجوز استعمال االختصارات لتعبئة االستمارة** | | |
| Anesthetist | | Tick the proposed anesthetic/ sedative technique (s) that has been discussed & explained to the patient and/or his/her relatives;  General anesthesia Spinal anesthesia  Epidural anesthesia/analgesia Nerve blocks  local Anesthesia (Anesthetist/ treating physician)  Conscious Sedation (Anesthetist/ treating physician) Any procedure that may accompany it  Central lines others : specify:…………………………………………. | ضع عالمة أمام تقنية / تقنيات التخدير المقترحة التي تمت مناقشتها  وشرحها للمريض(ة) وذويه:   تخدير عام  تخدير نخاعي   تخدير فوق الجافية /تسكين  حصار العصب  تخدير موضعي (طبيب التخدير / الطبيب المعالج )  أي إجراء قد يصاحب العملية التخديرية :   القسطرة الوريدية المركزية أخرى : حدد........................ | التخدير طبيب | |
| patient/ Next of kin/Guardian | ANESTHESIA | This PART for ANESTHESIA | هذا الجزء لحاالت التخدير : -1لقد قام طبيب التخدير ظ(الطبيب المعالج لحاالت التخدير الموضعي ) بشرح  ما يلي: تقنية التخدير المقترحة لإلجراء بما في ذلك: -الفوائد المعروفة - المخاطر المحتملة  -البدائل المتوفرة من تقنيات التخدير - المضاعفات المحتملة والتي قد  تشمل:  ........................................................................................  .......................................................................................  -2وقد أتيحت لي الفرصة لمناقشة وتوضيح جميع المخاوف الخاصة بالتخدير  مع الطبيب اقر واشهد أنني قرأت وفهمت كل ما جاء في اإلقرار أعاله وأنني أفوض طبيب التخدير / (الطبيب المعالج لحاالت التخدير الموضعي )على إجراء  التخدير بما يتناسب مع حالتي . | التخــــــــــدير | الوصي المريض/ ذوي / المريض |
| 1-The anesthetist/ physician(in case of local anesthesia)has |
| explained to me the followings: |
| The planned anesthetic technique(s) for the procedure including: |
| -Known Benefits -Risks in volved |
| - Alternatives of Anesthesia -possible Complications that include: |
| ………………………………………………………………………………………………………. |
| ………………………………………………………………………………………………………. |
| 2-I have had the opportunity to discuss and clarify all concerns |
| about the anesthesia with the anesthetist |
| I understood and agreed with the provided information and I |
| hereby authorize the anesthetist/ physician(in case of local |
| anesthesia)to use the type of anesthesia as considered |
| appropriate. |
| CONSCIOUS SEDATION | This PART for CONSCIOUS SEDATION |  هذا الجزء لحاالت التهدئة الطبيه الواعية:  -1لقد قام طبيب التخدير /الطبيب المعالج المسئول عن إعطاء العالج المهدئ  بشرح مايلي :  - الفوائد المعروفة - المخاطر المحتملة  -البدائل المتوفرة - اآلثار الضارة المحتملة -المضاعفات المحتملة التي قد تشمل  ........................................................................................  .......................................................................................  -2وقد أتيحت لي الفرصة لمناقشة وتوضيح جميع المخاوف الخاصة بالتهدئة الطبية الواعية مع طبيب التخدير / الطبيب المعالج المسئول  أقر واشهد أنني قرأت وفهمت كل ما جاء في اإلقرار أعاله وأنني أفوض طبيب التخدير / الطبيب المعالج على اجراء التهدئة الطبية الواعية وانجاز أي اجراءات /تقنيات للتخدير قد تكون طارئة أثناء سير اإلجراء الطبي | الواعية الطبية التهدئة |
| 1-the anesthetist/ physician performing conscious sedation had |
| explained to me about: |
| -Known Benefits -Risks involved |
| -Reasonable alternatives -Adverse Effects |
| -potential complication that include: |
| …………………………………………………………………………………………………….. |
| …………………………………………………………………………………………………….. |
| 2-I have had the opportunity to discuss and clarify all concerns |
| about conscious sedation with the anesthetist/ physician |
| performing conscious sedation |
| 3- I was given the instructions for post –sedation period. |
| I understood the provided information and I hereby authorize the |
| anesthetist/physician to perform conscious sedation and any |
| futher emergency measure(s) anesthesia technique(s) as may be |
| found necessary during the medical procedure. |
| Name &signature | | Patient/Next of kin or Guardian | المريض (ة) ذوي المريض أو الوصي  .......................................................................: الكامل االسم  .............................................................................. التوقيع  الشاهد/المترجم (في حال حاجة المريض (ة) إلى ترجمة هذا القرار )  .......................................................................: الكامل االسم  ..............................................................................:التوقيع  ........................................................... الوقت) هجري( التاريخ | والتوقيع االسم | |
| Full name: …………………(PATIENTNAME)……………………………. |
| Signature:…………………………………………………………………………………….. |
| Witness/Translator(If translation is required by the patient) |
| Full name: ……………………………………………………………………………………. |
| Signature:…………………………………………………………………………………….. |
| Date (Hejri)/Time:………………………………………………………………………… |
| Anesthetist Signature | | Anesthetist/physician obtaining the consent  Full name: …………………………………………………………………………………….  Signature:……………………………………………………………………………………...  Stamp…………………………………………………………………………………………….  Date (Hejri)/Time:…………………………………………………………………….…… | الطبيب المعالج /طبيب التخدير  .......................................................................: الكامل االسم  ..............................................................................:التوقيع  ........................................................... الوقت) هجري( التاريخ | االسم /التوقيع  التخدير) (طبيب  المعالج) (الطبيب | |

Complete blanks in Arabic and English واالنجليزية العربية باللغة البيانات جميع تعبئة