|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | MRN:  Name: ………………(PATIENTNAME)…………………......…..…  Date Of Birth: ……(BirthDate)…………… Sex M F Nationality: …………………………………………….......…….…… | |
|  | **ONE DAY SURGERY** |  |
|  |  | | |
| **موافقة مبنية على إجراء عملية OPERATIONS SURGICAL FOR CONSENT INFORMED** | | | | |
|  | **This consent is valid for TWO weeks only** | |  | **No abbreviations may be used in this form** |
|  | **هذه الموافقة سارية المفعول لمدة أسبوعين فقط** | |  | **ل يجوز استعمال الختصارات لتعبئة هذه الستمارة** |
|  | | | | |
| **I, the undersigned**  **□ Patient □Legal Guardian □ Relative (specify )**  **of**  **hereby consent to the submission of □ myself □ dependant □ relative**  **Patient’s Name:**  **To undergo the following operation / operations:**  The nature, purpose and potential benefits, alternative(s) and possible complications of the operation (s) and blood transfusion has been explained to me by: **Dr.** (DOCTORNAME)I also consent to:   1. such further alternative operative measures as may be found necessary during the course of the above mentioned operation(s) 2. the administration of blood / blood products 3. □ General □ Local/ Regional □ Intravenous □ Spinal □ Epidermal or other anesthetics as deemed necessary. 4. In the event of removal of tissue, organs or limbs, I consent to their disposal by the hospital in accordance with Islamic procedures. I was given the opportunity to ask questions related to my operation(s) and all   my questions have been answered and to the effect that I have agreed to undergo the operation(s). | | | | **أان املوقع أدانه :**  □املريض □ويل األمر □ القريب (الصفة )........................  **------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ : يف املقيم**  **أقر مبوجب هذا مبوافقيت على إخضاع □ نفسي □ اتبعي □ قرييب:**  **اسم املريض:**  **للعملية / للعمليات التالية :**  **وقد مت إحاطيت علما بطبيعة هذه العملية / العمليات والغرض و الفوائد املرجوة منها و البدائل و مضاعفات العملية**  **احملتملة و نقل الدم أو مشتقاته وذلك عن طريق :**  **الطبيب (ة) :**  **كما أوافق أيضا على: (أ) قبول إجراء أي عمليات بديلة أخرى قد تكون ضرورية أثناء سري العملية املوضحة أعاله**  **وكذلك (ب) نقل الدم أو مشتقاته الالزمة يل**  **(ج) تلقي التخدير: □ العام □ املوضعي □ ابلوريد □ يف احلبل الشوكي □ فوق اجلافية أو**  **غريه من األصناف املخدرة اليت ختدم هذه األغراض واليت قد يرى األطباء أهنا ضرورية. (د) يف حال استئصال أي نسيج أو عضو أو طرف من اجلسم فإنين أوافق على قيام املستشفى ابلتخلص منها طبقا لإلجراءات اإلسالمية املتبعة. و قد أعطيت يل الفرصة لطرح أي أسئلة متعلقة ابلعملية/العمليات، وقد متت اإلجابة مبا يدعوين للموافقة على اجراء العملية املذكورة**  **اعاله.** |
| **Signature: Date/ time** | | | | **التوقيع التاريخ و الساعة** |
| **Witness (For the above Signature) Print Name Signature Date/Time**  1.  2. | | | | **الشاهد / الشهود ( على التوقيع أعاله )**  االسم : التوقيع : التاريخ و الوقت  .1  .2 |
| ***I confirm that I have explained and documented in the medical records the nature, purpose of the operation, potential complications and alternatives of the operation to the above-signed as well as the possible risks associated with the anesthesia, surgery and blood / blood products transfusion. The opportunity was given to him/her to ask questions related to the operation and those were answered.***  Dr’s Name: (DOCTORNAME) Dr’s No.:  Date & Time: Dr’s Signature: | | | | **هبذا أؤكد أبنين قد قمت بشرح طبيعة العملية اجلراحية وكذلك املضاعفات احملتملة و البدائل لتلك العملية اجلراحية و املضاعفات احملتملة لنقل الدم آو مشتقاته للموقع أعاله وقد قمت بتوثيق ذلك يف**  **امللف الطيب وقد اعطيت له (ها) الفرصة لطرح أي اسئلة متعلقة هبذا االجراء وقد قمت ابالجابة عليها.**  اسم الطبيب (ة)(DOCTORNAME)  رقم الطبيب (ة) التاريخ والوقت: 0  توقيع الطبيب: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |