Patient's Full Name:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAD Number:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I hereby permit National Ambulance Physician, and assistants as may be selected and supervised by him/her to perform the “Procedural Sedation”.

The nature and purpose of the above Anesthesia, possible alternative methods, risks involved, and the possibility of complications have been explained to me. I understand that with any sedation there is always a possibility of unexpected side effects or complications such as allergic reaction, increase or decrease in blood pressure, increase or decrease in heart rate, respiratory complications.

It has further been explained to me that it is not uncommon for a patient to experience one or more of the following short-term side effects: Nausea, vomiting, slurred speech, decreased respiration, amnesia, itching, agitation and confusion. I understand that in addition to the risks described to me about this procedure there are other risks that may occur with any medical procedure or Anesthesia. I have been informed about possible consequences if I refuse this procedure.

I also understand that, during the administration of anesthesia, unforeseen conditions may arise that necessitate a change in anesthetics, possibly without being able to obtain my consent again. If during the operation or other procedure, other conditions are discovered that, in the best judgment of the clinical staff of National Ambulance, require an extension, alteration, or abandonment of the original anesthetic plan, or a different anesthesia, I authorize and request that to proceed.

Patient's Name Signature

Date

GUARDIAN/SUBSTITUTE CONSENT GIVER

If the patient is a minor (under 18 years of age) or cannot consent for himself/herself, the signature of the parents, legal guardian, or substitute consent giver who is acting on behalf of the patient or the patient's next of kin who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained

I \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nationality, \_\_\_\_\_\_\_\_\_years old, holder of I.D. Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ type \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do hereby declare that I am the guardian / Substitute Consent Giver for the patient in my capacity as \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ and I have been asked, in the best interests of the patient, to sign this declaration and consent required by the center as the patient is incompetent to do so.

Name of Guardian/Substitute Consent Giver

Signature

If the patient is unconscious and/or in any emergency medical condition that made him/her unable to read and understand the consent or in absence of Next of Kin (NOK), the clinician will proceed the sedation and the procedure in line with “CGP 105 – Consent Policy”

D.O.B. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

أصرح بموجب هذا الاقرار طبيب الإسعاف الوطني أو مساعديه من المسعفين المختارين من قبله وبإشرافه، بتنفيذ إجراء التخديرالوعي.

تم شرح لي طبيعة وغرض التخدير المذكور أعلاه والطرق البديلة الممكنة وإمكانية حدوث مضاعفات. أفهم أنه بإجراء التخدير الوعي توجد دائمًا احتمالية أثار جانبية غير متوقعة أو مضاعفات مثل الحساسية أو زيادة أو انخفاض ضغط الدم أو زيادة أو انخفاض في نبض القلب ومضاعفات في التنفس.

بالإضافة إلى هذا، تم الشرح لي انه من الشائع أن يختبر المريض واحد أو أكثر من الأعراض الجانبية التالية: الغثيان والقيء والكلام غير المفهوم والتنفس البطئ وفقد الذاكرة المؤقت والحكة والارتباك والتشوش. أفهم أنه بالإضافة المخاطر الموصوفة لي عن هذا الإجراء، توجد مخاطر أخرى قد تحدث مع أي إجراء طبي أو تخدير. تم إبلاغي عن النتائج الممكنة إذا رفضت الخضوع لهذا الإجراء.

أفهم أيضًا أنه أثناء الخضوع للتخدير، قد ينتج أعراض غير متوقعه وتتطلب تغيير في التخدير ومن الممكن عدم التمكن من الحصول على موافقتي مرة أخرى. إذا تبين أمور أخرى أثناء إجراء عملية التخدير أو الإجراءات الأخرى، أفوض وأطلب من الفريق الطبي للإسعاف الوطني تمديد أو تغيير أو ترك خطة التخدير الأصلية أو إجراء تخدير مختلف.

إسم الريض: التوقيع:

التاريخ:

إقرار نائب المريض أو ولي الأمر

إذا كان المريض قاصرًا )تحت سن 18) أو لا يستطيع التوقيع بنفسه/

بنفسها، يجب الحصول على توقيع الوالدين أو الوصي القانوني أو مانح

الموافقة البديل الذي يتصرف بالنيابة عن المريض أو أول درجة قرابة

للمريض الذي يوافق على علاج المريض.

أقر أنا\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_ الجنسية،\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_أبلغ \_\_\_\_\_\_\_\_ من العمر

وأحمل بطاقة هوية رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نوع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ بموجب هذا النموذج أنني الوصي على / مانح الموافقة البديل عن المريض بصفتي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ وقد طُلب مني التوقيع لصالح المريض على هذا الإقرار المطلوب من قبل المركز حيث لا يعد المريض مؤهلًا للقيام بهذا.

إسم نائب المريض أو ولي الأمر

التوقيع:

Clinician's Name & Employee ID.No

Signature

Date