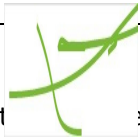


**إقرار عام بقبول العلاج و الإجراءات التشخيصية**  
**General consent for treatment**

<p>Name : Mohamed Ibrahim Abdelkader Date of Birth: 07-Apr-1996 MR number: 119 Emirates ID:111-1111-1111</p>	<p>الاسم : تاريخ الميلاد: رقم الملف الطبي : 111-1</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>I am asking for a medical care and treatment at this facility, and agree to accept services which may diagnose my medical condition, procedures to treat my condition and medical care.</li> <li>I understand that my agreement to accept these services is called General consent and that it includes any routine procedure or treatment such as blood drawing, physical examination, administration of medication , taking X-ray, ECG , use of local anesthesia and other non-invasive procedures.</li> <li>I do acknowledge that different declarations may be needed for some specific surgical procedures.</li> <li>I understand that these services will be provided to me by physician, nurses, medical assistants and other health care providers.</li> <li>I further acknowledge that the result of medical treatments and surgical procedures may not adequately predicated , neither clinic nor attending medical team can give or is allowed to give any guarantee or confirmation of outcomes.</li> <li>I authorize clinic to disclose to my insurance company or any other parties that may be liable all or part of the clinic charges all or part of my medical records, if necessary to process payments the health care services provided. I understand that as a courtesy to me, the clinic will file an insurance claim with my insurance company as per the UAE laws and regulations.</li> <li>I also authorize the clinic to utilize my medical information, or to release all or part of my medical information to other health care providers consulted by physician or the clinic, as may be necessary.</li> <li>I assume full responsibility for all items of personal property and valuables including money, jewelry, glasses, dentures, hearing aids, documents and other personal items.</li> <li>I understand that my agreement to accept all</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إنني أطلب الرعاية الطبية و العلاج في هذا المرفق ، و أوافق على قبول الخدمات التي يمكن أن تساعد على تشخيص حالتي الصحية و الإجراءات اللازمة لعلاج حالتي و العناية بالأسنان و الرعاية الطبية الروتينية.</li> <li>أفهم أن موافقتي على هذه الخدمات يسمى الرضى العام ، و أنه يشمل أي إجراء روتيني أو علاج مثل : سحب الدم ، الفحص البدني ، إعطاء دواء ، عمل أشعة سينية ، عمل تخطيط القلب ، استخدام تخدير موضعي و غيرها من الإجراءات العادية .</li> <li>أنا أقر بأنه قد تكون هناك حاجة للإقرار عن بعض الإجراءات المحددة التشخيصية و الجراحية .</li> <li>أفهم بأن نتائج العلاج الطبي قد لا يمكن التنبؤ بها على نحو كاف ، و لا يمكن للمركز الطبي و لا الفريق الطبي إعطاء أي ضمانات أو تأكيد لنتائج العلاج .</li> <li>أن أسمح للمركز بالكشف عن أي معلومات طبية لشركة التأمين الخاصة بي ، و ذلك بشكل جزئي أو كلي إذا اقتضت الضرورة بقصد تسهيل دفع الفواتير الطبية ، و أنا أفهم أن المركز ، و بالنيابة عني سوف يقدم كل المتطلبات الطبية لشركة التأمين الخاصة بي ، و أنا أتحمّل كلفة التكاليف المالية للخدمات الطبية التي تكون مغطاة تحت التأمين حسب قوانين و تنظيمات دولة الإمارات العربية المتحدة .</li> <li>إنني امنح الإذن باستخدام معلوماتي الطبية في البحوث السريرية إذا لزم الأمر مع العلم بأن هويتي تبقى سرية و ذات خصوصية يراعى احترامها .</li> <li>أنا أتحمّل المسؤولية الكاملة عن جميع ممتلكاتي الشخصية ، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر النظارات الطبية ، السماعات ، أطقم الأسنان ، المجوهرات ، النقود و الأشياء الثمينة الأخرى كافة .</li> <li>أفهم ان موافقتي على قبول هذه الخدمات سوف تبقى سارية المفعول ما لم أود أن أقول أنني لم أعد أرغب باستمرار هذه الخدمات أو لحين اكتمال علاجي .</li> <li>لقد تم إطلاعي على نسخة من حقوق المريض و مسؤولياته</li> </ul>

<p>these services will remain in effect unless I say that I no longer want these services until my treatment is completed.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I have read clinic patient's right and responsibilities.</li> </ul>	
<p>Patient signature Date : 04-Apr-2023</p>	<p>توقيع المريض : التاريخ :</p>
<p>Guardian's consent : </p> <p>If the patient cannot consent _____ herself due to age (less than 18 years), due to legal or medical condition, the parent /legal guardian must sign.</p> <p>I _____, do hereby declare that I am the guardian / Substitute Consent Giver for the patient in my capacity as _____ (relation of patient), consent to receive treatment.</p> <p>I have been asked, in the best interest of the patient, to sign this declaration and consent required by the center as the patient is incompetent to do so.</p> <p>Date: Guardian's Signature : _____</p>	<p>موافقة الوصي على مريض:</p> <p>في حال تعذر على المريض الإقرار بسبب السن (أقل من 18 سنة) ، او القانون او الحالة الصحية . فيجب الحصول على توقيع ولي الأمر او الوصي على المريض</p> <p>أنا _____، أنوب عن المريض بصفتي _____ (توضيح العلاقة بالمريض) المريض المذكور اعلاه ، أوافق على بدء العلاج و الإجراءات التشخيصية . و قد طلب مني بناء على مصلحة المريض بالتوقيع على الإقرارات و الموافقات المطلوبة من قبل المركز بالنيابة عنه / عنها لتعذر قيامها / قيامها بذلك</p> <p>التاريخ : توقيع الوصي : _____</p>
<p><b>Witness signature :</b></p> <p>I Mostafa Ahmed _____ have witnessed the patient or his/her Substitute Consent Giver voluntarily signs this form.</p> <p>Date: <b>Witness Signature :</b> _____</p>	<p><b>توقيع الشاهد :</b></p> <p>انا _____ أشهد بأن المريض أو من ينوب عليه قد وقع على هذا الإقرار بملىء إرادته .</p> <p>التاريخ : توقيع الشاهد : _____</p>
<p><b>Guidelines</b></p> <p><b>1. Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria:</b> 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 sign the declaration with him/her as witness. Both males and females are considered equal in consenting.</p> <p><b>2. Definition of the Guardian:</b> Father, mother, brother, sister, uncle, grandfather, grandmother, relatives or any parent in law. The husband supersedes the father and those who follow under him.</p> <p><b>3. Definition of Substitute Consent Giver:</b> If the patient has no relatives residing in UAE, his/her</p>	<p><b>توجيهات و شروط</b></p> <p>1- الشروط القانونية الواجب توفرها في المريض او ولي أمره او النائب عنه حتى يصرح له بالتوقيع على الإقرارات : أن يكون بالغ من العمر 18 سنة فما فوق ، و يحص للوالد او الوالدة التوقيع مهما كان عمرهما نيابة عن الابن ، ان يكون يكامل قواه العقلية ، ان تكون حالته الصحية و النفسية تؤهله لمعرفة مضمون الإقرار و التوقيع عليه ، ان يجيد القراءة و الكتابة أو ان يتم إيضاح النقاط له عن طريق شخص آخر يقوم بالتوقيع معه في محضر الإقرار . يتساوى الذكر و الانثى في هذا الحق</p> <p>2- <b>ولي الأمر :</b> هو الأب ، الأم ، الأخ ، الاخت ، العم ، الخال ، الجد ، الجدة من تربطه بالمريض صلة قرابة أو صلة نسب ، الزوج مقدم على الأب و من يليه.</p> <p>3- <b>النائب عن المريض :</b> في حال عدم وجود أقارب المريض في الدولة ينوب عنه كفيله أو من ينوب عن الكفيل ثم التصديق .</p> <p>4- <b>استثناءات :</b> يستثنى من توقيع الإقرار مريض الحوادث الفاقد الوعي أو فاقد الأهلية القرار و الذي لم يكن بصحبته عند دخوله قسم الحوادث ولي الأمر أو من ينوب عنه . يشترط أن يوقع الزوج شخصيا على الإقرارات المتعلقة بالعلاجات و الجراحات التي قد تؤثر على إنجاب زوجته في</p>

<p>sponsor or a substitute of the sponsor, then a friend may sign on his/her behalf.</p> <p><b>4. Exemptions:</b> 1. An unconscious/incompetent emergency patient who has no guardian or substitute consent giver at the time he/she is admitted to the accident and emergency unit shall be exempted from giving consent. 2. Husband must sign in person the declaration related to the treatments and surgical interventions that may affect his wife's fertility in the future.</p> <p><b>5. Information &amp; questions:</b> 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 taking decisions. This information shall not contain any promises or expectations.</p> <p><b>6. Language:</b> There should be a common language between the patient, guardians or Substitute Consent Givers and physician in order to understand content of the declaration, A translator may be used, if necessary, who must also sign the declaration.</p> <p><b>7. Only the UAE law shall be applied to any dispute: that may arise regarding the treatment or dealing with the patient. The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such dispute.</b></p> <p><b>8. Duration and Validity of Consent:</b> A valid consent endures (30 days) from the time the consent is given to the time intervention and/or treatment commences, unless:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• It is withdrawn by the consent giver; or</li> <li>• A change is made in the planned and consented intervention; or</li> <li>• An assessment indicates the patient's condition has changed.</li> </ul> <p>If the consent is invalidated by one of the above, the consent must be renewed and verified by Signature and date by the attending physician and consent giver. The attending physician/healthcare provider is responsible for ensuring the consent remains valid from the time of consent to the commencement of the intervention</p>	<p>المستقبل.</p> <p>5- <b>أسئلة المريض و المعلومات :</b> يتعين على أفراد الفريق الطبي الإجابة بيسر و موضوعية على كافة أسئلة المريض أو ولي أمره أو من ينوب عنه بدون مبالغة أو وعود مستقبلية ، و ذلك لإحاطتكم بكافة التفاصيل عن المريض و وسائل التشخيص و العلاج الذي سوف يخضع له المريض و الآثار الجانبية أو المضاعفات المعتادة أو المتعارف عليها علميا لهذا المرض أو العلاج . ينبغي أن تكون المعلومات التي تعطى للمريض أو ولي الأمر أو من ينوب عنه عن الرسائل التشخيصية أو العلاجات واضحة و علمية و سهلة الفهم و تعينه في اتخاذ القرار فيما يتعلق بالإجراء المقترح ن و غير متضمنة أية وعود مستقبلية أو مبالغات.</p> <p>6- <b>اللغة :</b> يتعين وجود لغة مشتركة بين المريض أو من ينوب عنه و الطبيب لفهم مضمون الإقرار و كافة ما يحتويه من إجراء و يمكن الاستعانة بمترجم إذا لزم الأمر .</p> <p>7- <b>تطبيق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة في أي نزاع قد ينشأ حول علاج المريض و التعامل معه و تختص محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة حصرا في الفصل في هذا النزاع</b></p> <p>8- <b>مدة صلاحية هذا الإقرار :</b> يعتبر هذا الإقرار صالحا من تاريخه و لمدة 30 يوما للبدء في الإجراء العلاجي / التشخيصي الملزم القيام به إلا في إحدى الحالات التالية :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الموقع على الإقرار ( المريض أو من ينوب عنه ) قام بسحبه .</li> <li>• تم تغيير الإجراء المخطط له و الموقع عليه</li> <li>• تغيرت حالة المريض بناء على تقييم طبي</li> </ul> <p>في حال بطلان هذا الإقرار طبقا لإحدى الحالات المذكورة أنفا فإنه لا بد من توقيع إقرار جديد من قبل الطبيب المسؤول و صاحب الإقرار . تقع على عاتق الطبيب المسؤول مسؤولية إبقاء هذا الإقرار صالحا من تاريخ توقيعه و حتى البدء في القيام بالإجراء المسمى.</p>
---	--