



رقم الملف:	استمارة الموافقة الواعية وإبراء الذمة تدابير التشخيص والعلاج		رقم الهوية الوطنية:
لقب المريض:	اسم المريض:	القسم:	الطبيب المعالج:
اسم الأب والجد:	تاريخ الولادة:	الغرفة:	تاريخ القبول:
		السريـر	
تقيّد معلومات هذا الحقل من قبل الطبيب مقدّم الخدمة			
إنّى الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور أعلاه، أعلن أنّى وفى إطار التدابير التشخيصية والعلاجية التى تتخذ لتشخيص وعلاج مرض، قد قدّمت للمريض السيد/ السيدة/ الأنسـة مستلم الخدمة □ أو ولى أمره/ الوكيل القانونى لمستلم الخدمة □ جميع الإيضاحات الكاملة والمعلومات اللازمة حول أهمّ أعراض المرض ونتائج العلاج المحتملة، كما أعلمته بالطرق البديلة. وتشمل المعلومات: عواقب عدم الامتثال للتدابير التشخيصية والعلاجية: فوائد الامتثال لطريقة التشخيص أو العلاج المقترح: أهمّ الأعراض أو العواقب الناتجة عن الامتثال لأسلوب التشخيص أو العلاج المقترح: الأسلوب أو الأساليب البديلة للتشخيص أو العلاج مع ذكر فوائدها أو عواقبها المحتملة: 			
توقيع الطبيب مقدّم الخدمة وختمه:		تاريخ وساعة الموافقة الواعية:	
يقوم المريض / ولى المريض القانونى بملء هذا الحقل			
إنّى الموقع أدناه (المريض □ ولى أمر المريض □ الوكيل القانونى للمريض □) رقم البطاقة الوطنية رقم جواز السفر الصادر من تاريخ الولادة / / أعلن أنّى قد اكتسبت من الطبيب المعالج/ الطبيب المستشار السيد/ السيدة الدكتور كافّة المعلومات اللازمة عن المرض والتدابير العلاجية وأعراض وعواقب كلّ منها، وعن الأساليب البديلة. كما أنّى على علم تامّ بالتدابير التشخيصية والعلاجية لهذا المركز التعليمى والطبى، التى يقدها فريق طبى من الأخصائيين. ولهذا فإنّى أعلن موافقتى التامّة على التدابير المذكورة وسائر التدابير التشخيصية والعلاجية التى يرتأىها الأطباء والكادر الطبى وفقا للمعايير العلمية، وأبرئ ذمّة فريق التشخيص والعلاج عن الأعراض المحتملة الطارئة، على الرغم من مراعاة الموازين العلمية والفنية والقانونية، ولن أطلبهم بأى دعوى جزائية أو مدنية.			
توقيع وبصمة المريض / الولى القانونى للمريض:		تاريخ وساعة الموافقة الواعية:	
يتمّ ملء هذا الحقل من قبل الشاهد			
الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة رقم الهوية الوطنية/ جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف			
توقيع وبصمة الشاهد:		التاريخ والساعة:	

يتم ملء هذا الحقل في حال عدم الموافقة على التدابير التشخيصية - العلاجية المقترحة	
أعلن إعراضى عن قبول الخدمة وعدم موافقتى على التدابير التشخيصية - العلاجية المذكورة، وأبرئ ذمة فريق التشخيص والعلاج من جميع الأضرار والمخاطر اللاحقة عن عدم تقبل التدابير العلاجية المقترحة، وليس لدى أى دعوى جزائية أو مدنية ضدهم، وقد تفهمت جميع الأخطار الناتجة عن عدم تقبل العلاج وبذلك أتقبل جميع العواقب المحتملة من ذلك.	
توقيع وبصمة المريض / الولي القانوني للمريض:	التاريخ والساعة:
يتم ملء هذا الحقل من قبل الشاهد	
الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة..... رقم الهوية الوطنية/ جواز السفر صلته بالمريض..... رقم الهاتف	
توقيع وبصمة الشاهد:	التاريخ والساعة:
إذا تقدم المريض بطلب الاستشارة، يتم ملء هذا الحقل من قبل الكادر الطبي القانوني للمستشفى	
١. تمت مقابلة مستلم الخدمة □ الولي / الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ وتمت دراسة الملف السريري وأدرجت آراء الكادر الطبي المختص في استمارة الاستشارة للإفادة.	
٢. تمت مطابقة مستمسكات مستلم الخدمة □ الولي / الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ السيد / السيدة / الأنسنة مع المعلومات المذكورة في ملف المريض.	
٣. تم التأكد من صلاحية مستلم الخدمة □ الولي / الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ لتقديم الموافقة القانونية وإبراء الذمة العلاجية ومدى أهليته لاتخاذ القرار فى الشؤون العلاجية الموضحة.	
٤. عيّن المريض وبحضور الأخصائي الطبي والقانوني للمستشفى، السيد / السيدة / الأنسنة وكيلًا قانونيًا يمتلك كافة الصلاحيات اللازمة لاتخاذ أى قرار فى شؤونه التشخيصية والعلاجية، إذا طرأت ظروف سريرية خاصة تحول دون اتخاذ المريض للقرار المعنى بشؤونه العلاجية.	
٥. لقد أطلع المريض أو وليه القانوني على جميع الإيضاحات والمعلومات اللازمة حول طبيعته المرض، والأعراض والأخطار الناتجة عن عدم تلقى العلاج، والأساليب العلاجية الممكنة، والعلاج المقترح وفوائده، ولاسيما الأعراض والأخطار الناتجة عن العلاج المقترح وقد وعاهها بشكل كامل.	
٦. إذا لم يتقبل المريض العلاج المقترح وأعلن عن موافقته الشخصية على مغادرة المستشفى / المركز العلاجي، ينبغي إدراج رأى الطب العدلي حول صحة الإذعان القانوني لطلب المريض فى استمارة الاستشارة للإفادة.	
توقيع وبصمة مستلم الخدمة / وليه / وكيله القانوني	توقيع أخصائي الطب العدلي وختمه
التاريخ والساعة	التاريخ والساعة