

إقرار للأبحاث الطبية

أقرأنا الطبيب /

بأننى قد شرحت للمريض المذكور أعلاه أو لولى أمره نوع الإجراء الطبى المزمع إجرائه مع نوع التخدير اللازم (موضعى/مهدئ) بالإضافة إلى المضاعفات والمخاطر التى قد تحدث أثناء أو بعد البحث بطريقة تتلائم مع فهم المريض أو ولى أمره.

إسم الطبيب

التاريخ

توقيع الباحث الرئيسى

بيانات خاصة بالمريض / الأبوين / ولى الأمر

- برجاء قراءة هذا الإقرار بعناية.
- برجاء سؤال الطبيب إذا وجد أى شئ لا يفهم من شرح الطبيب أو إذا احتجت لمزيد من المعلومات.
- برجاء التأكد من أن كل المعلومات فى هذا الإقرار صحيحة والتأكد من فهم شرحها ثم إمضاء الإقرار.

أقرأنا المريض / أحد الأبوين / ولى الأمر

- أننى أوافق على الإجراء الطبى الذى تم شرحه بواسطة الطبيب فى هذا الإقرار وعلى إستخدام نوع التخدير المحدد.
- أننى أتفهم أن الإجراء الطبى قد يجرى لى بواسطة أى من أطباء الفريق الطبى.
- أننى أخبرت الطبيب عن التدخلات الطبية التى لا أرغب فى إجرائها إلا بعد أخذ الفرصة لإقرارها أولاً.
- أن أى تدخل بالإضافة إلى الأبحاث والعلاج الذى شرح لى فى هذا الإقرار لن يتخذ إلا إذا كان ضرورياً وفى مصلحتى ومبرراً بدوافع طبية.

التاريخ

الإسم رباعى

إمضاء المريض