



Informed Consent for Surgical Operation / Procedure

موافقة على إجراء عملية جراحية / تدخل طبي

To be filled by the Patient or his/ her relative

يتم ملأه من قبل المريض أو قريبه

I hereby give my consent and authorize Dr. Sultan Alharbi
his or her assistants as may be necessary, to perform the following
operations / procedures:

ههنا أوافق وأفوض الدكتور / الدكتور سلطان الحرابي
ومساعديه / مساعديه حسبما تقتضي الضرورة لإجراء العملية / التدخل الطبي

Type of Anesthesia / Sedation

- ☐ General ☒ Local/Regional ☒ Intravenous
☐ Spinal ☐ Epidermal ☐ Other:

نصوير أوردة الكبد مع اخصال
أوردة الكبد اليمنى

I acknowledge that The nature and purpose of the operation/
procedure mentioned above, anesthesia (if appropriate), the risks
involved, the possibility of complications, and possible alternatives
have been explained to me by Dr. _____

بشرح طبيعة العملية / التدخل الطبي أعلاه - الهدف منها، التخدير (إذا دعت الحاجة)
الاحتمالات، المضاعفات، كما تم إيضاح بدائل هذا العلاج.

I was given the opportunity to ask questions related to my operation/
procedure and all my questions have been answered, and I have
agreed to the mentioned operation / procedure.

وقد أعطيت لي الفرصة لطرح أي أسئلة متعلقة بالعملية / التدخل الطبي، وقد تمت
الإجابة عليها والموافقة على هذه العملية / التدخل الطبي.

If, during the contemplated operation, other conditions are discovered
which requires an extension, alteration, or abandonment of the original
operation / procedure, or a different operation / procedure, I authorize
and request that it proceed.

إذا تغيرت الظروف العادية أثناء إجراء العملية والذي قد يتطلب تمديد مدة العملية
أو تغيير وإيقاف العملية أو إجراء عملية إضافية - فإنني أوافق وأفوض وأطلب عمل
الإجراءات اللازمة.

Complications associated with this operation / procedure:

Bleeding / infection
Renal target embolization / thrombosis

المضاعفات الصاحبة لهذه العملية / التدخل الطبي:
نزيف / التهاب / اخصال
أوردة غير مستهدفة / تجلط

☐ The following applies to surgery in high risk patients only:
By signing the following portion of the consent I acknowledge that
I have been fully informed of the high risk associated with the
operation/ procedure and that the possibility of serious morbidity as
a result of this surgery/ procedure has been explained to me.

☐ ينطبق ما يلي على المرضى ذوي الوضع شديد الخطورة فقط،
بتوقيعي على ههنا، فإنني أقسم بأنه قد تم توضيح كافة المعلومات الخاصة
بالعملية الجراحية/التدخل الطبي شديدة الخطورة التي سوف تجرى لي والاحتمالات
والنتائج المترتبة على تلك الجراحة/ التدخل الطبي والتي من الممكن أن تؤدي إلى
اضطراب جسيمة (أو الموت).

Full Name: _____

☒ Patient

☐ Other: _____

Signature: _____

Date & Time: _____

Witness/ Translator (for the above signature)

Name: _____

Name: _____

Signature: _____

Signature: _____

Date & Time: _____

Date & Time: _____

To be filled by the Physician

يتم ملأه من قبل الطبيب

I confirm that I have explained and documented in the medical
records the nature, purpose, alternatives and potential complications
of the operation/ procedure to the above signed as well as
possible risks associated with anesthesia.
The opportunity was given to him/ her to ask questions related to
the operation and those were answered.

ههنا أؤكد بأنني قد قمت بشرح طبيعة البدائل والمضاعفات المحتملة لتلك العملية
الجراحية / التدخل الطبي للموقع أعلاه وقد قمت بتوقيع ذلك في الملف الطبي.

وقد أعطيت له الفرصة لطرح أي أسئلة متعلقة بهذا الإجراء وقد قمت بالإجابة عليها.

Dr. Name Sultan Alharbi's No. _____

Signature: _____

Date & Time: oct 7, 2017

اسم الطبيب: _____

رقم الطبيب: _____

التاريخ: _____