

Patient Name [REDACTED]
Patient MR Number [REDACTED]
Age: 28..... Sex: Male.....
Date: .29.... / 03 /2021 Military Time:



CONSENT FOR SURGERY OR PROCEDURE

إقرار موافقة على إجراء عملية جراحية أو إجراءات تشخيصية أو علاجية

(Do not use abbreviations / استعمال كلمات مختصرة هو أمر محظور)

Name of Procedure / Surgery / Treatment:

Left leg fasciotomy using long lateral skin incision

Some significant and substantial risks of this particular surgery/procedure include:

Neurovascular bundle injury , infection , delayed closure
of incision , possibility for second look surgery

I (Patient Guardian), hereby authorize Dr. Mohamed Sukeik..... and such other doctor's needed to assist him/her to perform surgery or procedure mentioned above on me/my family member (state relationship) named

I also consent to the administration of general, local or other anesthetics as well as medication deemed necessary for the above mentioned surgery/procedure.

Risks: I understand that any operation or procedure involves some risks. The more common risks include infection, bleeding, nerve injury, blood clots, allergic reactions and pneumonia. These are not all the possible risks associated with this procedure, but these can be serious or frequently occurring risks and what can be done to reduce, detect and treat them has been explained to me.

.....Agree.....

Additional Surgery or Procedure: If my doctor discovers a different or unsuspected condition at the time of the surgery/procedure, I authorize him/her to perform such additional surgery/procedure, as he/she deems necessary in my best interest.

Photography: Because of regulatory requirements and need for good clinical practice, I consent to the documentation of surgery or procedure performed, which may include photography/video for medical, scientific or educational purposes, provided my identity is not revealed by the pictures or by the descriptive texts accompanying them.

إسم العملية الجراحية أو الإجراءات التشخيصية / العلاجية:

عملية تحرير ارتفاع الضغط في الرجل اليسرى بواسطة جرح طولي طويل

تشتمل هذه العملية الجراحية أو الإجراءات التشخيصية على بعض المخاطر من أهمها:

أقر أنا (المريض أو ولي أمر المريض) بموافقتي علي تفويض الدكتور والأطباء المساعدين له/لها لإجراء العملية الجراحية أو الإجراءات التشخيصية المذكورة أعلاه وذلك (صلة القرابة)

اسمه

وأقر بموافقتي علي إجراء التخدير العام، أو الموضعي أو أي نوع من أنواع التخدير أو العلاجات التي تعتبر ضرورية لإجراء العملية أو التشخيص المذكور أعلاه.

المخاطر: قد تمت إفادتي وتفهمت بأن أي عملية أو إجراء تشخيصي قد تحيط به بعض المخاطر. وتشمل المخاطر الأكثر شيوعاً على التهابات، النزيف، إصابات الأعصاب، تجلطات الدم، الحساسية، الالتهاب الرئوي. هذه المخاطر هي جزء من المخاطر التي قد تصاحب هذه العملية الجراحية أو الإجراءات العلاجية، ولكن ما تم ذكره قد يكون الأخطر والذي لديه احتمال أكثر في الحدوث، وللعمل على تقليص فرص حدوث تلك العوارض والمضاعفات، سيتم تعقبها ومعالجتها فوراً وذلك وفق ما تم شرحه لي.

الجراحات أو الإجراءات الإضافية: كما أقر أنه في حال أن الطبيب المعالج قد إكتشف أية حالات مغايرة أو غير متوقعة أثناء العملية والتي تتطلب تدخل جراحي آخر، فإنني أفوضه / أفوضها للقيام بتنفيذ هذه العملية الجراحية أو الإجراءات التشخيصية وما يراه (ها) ضرورياً ويصب في مصلحتي.

التصوير الضوئي أو الفوتوغرافي: وفقاً للأنظمة ومتطلباتها و لممارسة طبية أفضل، أوافق على توثيق العملية الجراحية أو الإجراءات التشخيصية التي سيتم إجراؤها والتي قد تشمل التصوير الفوتوغرافي أو التصوير بواسطة الفيديو وذلك للأغراض الطبية والعلمية أو التعليمية، شريطة عدم الكشف عن هويتي لا بالصورة ولا بالنصوص التوضيحية المصاحبة لتلك الصور.

Patient Name
Patient MR Number:
Age:28..... Sex:Male.....
Date: 29... /03 / 2021.... Military Time:



CONSENT FOR SURGERY OR PROCEDURE

إقرار موافقة على إجراء عملية جراحية أو إجراءات تشخيصية أو علاجية

(Do not use abbreviations / استعمال كلمات مختصرة هو أمر محظور)

Patient's Consent: Doctor has explained and also I have read this consent and fully understand the nature of surgery or procedure, its risks, complications, benefits, likelihood of success, expected and unexpected outcome, alternatives (surgical & nonsurgical), potential problems related to recuperation, likelihood of pain, options for pain management, post procedure / operative analgesia, likely consequences of not undergoing the treatment.

For Implants (If Applicable): I am fully aware of the risks, benefits, complications, alternatives of surgical implants or implantable devices. I hereby agree to update the hospital of any change in my personal contact information in future.

For Female patient: It is important that the physician is informed if you are breastfeeding, or pregnant, or may be pregnant or using contraceptive so that the effects of the contraceptive medicine are discussed with the patient.

I give my consent to the surgery or procedure on an informed basis.

Signature of the patient/ Next of Kin

.....
.....

Falah Al Dossari.....

Relation: Passport/ National ID. No:

Date: ..29. / ..03.. / 2021..... Military Time:

Name of the

Stamp:

Employee ID. No: 211218

Date: ..29... / ..03... / 2021 Military Time:

Witness

..... ID. No: 270842.....

Date: ..29. / ..03.. / 2021..... Military Time:

Statement of Interpreter / Translator (if appropriate): I have interpreted/ translated the above for the patient's guardian to the best of my ability, and I believe it was clear for the next of kin.

Name of the Interpreter /Translator:

Signature: Employee ID. No:

Date: / / Military Time:

Contact details (Interpreter /Translator):

موافقة المريض: وقد أوضح الطبيب وأيضا لقد قرأت هذه الموافقة وفهمت كاملا طبيعة الجراحة أو الإجراء، المخاطر، المضاعفات، المنافع، احتمال النجاح، النتائج المتوقعة وغير المتوقعة، البدائل (الجراحية وغير الجراحية)، المضاعفات المحتملة خلال فترة الشفاء، احتمال الألم، خيارات علاج الألم، تخفيف الألم ما بعد الإجراء، العواقب المحتملة لعدم الخضوع للعلاج.

إجراء زراعة الأدوات الطبية (إذا كان ينطبق): أنا على بينة تماما بالنسبة للمخاطر، الفوائد، المضاعفات، البدائل من إجراءات زراعة الأدوات الطبية أو الأجهزة القابلة للزرع، وأني أوافق على تحديث المستشفى من جهة أي تغيير في معلومات الاتصال الشخصي بي في المستقبل.

بالنسبة للمريضة الأنثى: من المهم أن يتم إبلاغ الطبيب إذا كنت مرضعة أو حاملا، أو قد تكوني حاملا أو تستخدمين وسائل منع الحمل، بحيث يتم مناقشة آثار موانع الحمل مع المريض.

أعطي موافقتي على إجراء العملية والتشخيص علي ضوء المعلومات التي أعطيت لي.

لأمر:

اسم المريض/أقرب الأقرباء/صلة القراب:

رقم الهوية/الإقامة:

التاريخ: / / الوقت:

إسم الطبيب:

التوقيع: الختم:

الرقم الوظيفي:

التاريخ: / / الوقت:

إسم الشاهد:

.....

التاريخ: / / الوقت:

إفادة المترجم : لقد قمت بترجمة وتفسير كافة المعلومات المذكورة اعلاه لولي أمر المريض (ة) وبالاسلوب الذي اعتقد بانه كان واضحا ومفهوماً بالنسبة له (لها).

الاسم:

التوقيع: الرقم الوظيفي:

التاريخ: / / الوقت:

معلومات الإتصال (الخاصة بالمترجم):