

أنا، **حساء مرعشلي**، أقر بأنني قد تم إطلاعي على معلومات تفصيلية حول العملية الجراحية التي ستجرى لي، وقد تم توضيح لي المخاطر المحتملة والفوائد المحتملة المرتبطة بهذه العملية. أنا مطلع تمامًا على الإجراءات التي ستتم أثناء العملية والرعاية اللازمة بعد العملية.

فهمت تمامًا واستوعبت المعلومات التالية:

١. طبيعة العملية الجراحية المقترحة والأسباب والأهداف المتوقعة.
٢. المخاطر والمضاعفات المحتملة المرتبطة بالعملية، مثل نزيف، التهاب، تسرب، ألم، عدم نجاح العملية، إصابة عصبية، خثرة دموية أو أي مشاكل أخرى ممكنة.
٣. خيارات العلاج البديلة المتاحة والفوائد والمخاطر المرتبطة بها.
٤. التحضيرات اللازمة قبل العملية، مثل الصيام، وقت الوصول، وأدوية التخدير.
٥. حقوقي كمريض فيما يتعلق بموافقتي الطوعية والقدرة على السماح أو الرفض لإجراء العملية.
٦. حقوقي في الحصول على المعلومات والاستفسارات الإضافية والاطمئنانات قبل وبعد العملية.
٧. الحق في الرفض أو إنهاء العملية في أي وقت قبل أو أثناء العملية، بما في ذلك الحق في استشارة أخصائي آخر.
٨. حقوقي كمريض في الحفاظ على خصوصيتي وسرية معلوماتي الطبية.
٩. أنا أدرك تمامًا أنني لن أجرى هذه العملية إلا إذا وافقت بحرية ومن دون تهديد أو وعد لأي شخص أو جهة.

أعطي موافقتي الطوعية لإجراء هذه العملية وأقر بأنني قد وافقت بشكل مطلع ومفهوم على جميع الجوانب المذكورة أعلاه.

اسم المريض: **حساء مرعشلي**

تاريخ الميلاد: **٥٨/١٢/١٩٥٦**



التاريخ: **٥٢/٠٥/٢٠٢٣**