

موافقة المريض للنشر

يجب تقديم المعلومات التالية حتى تتم معالجة هذا النموذج بدقة.

للمرضى الحق في رفض التوقيع على نموذج الموافقة هذا ؛ لن يؤثر رفض التوقيع على هذا النموذج على رعايتهم بأي شكل من الأشكال.

- أُمح بهذا موافقتي على أن يتم الإبلاغ عن الصور أو المعلومات السريرية الأخرى المتعلقة بحالتي في نشرة طبية.
- أفهم أنه لن يتم نشر اسمي والأحرف الأولى من اسمي وأن الجهود ستُبذل لإخفاء هويتي ، لكن لا يمكن ضمان عدم الكشف عن هويتي.
- أفهم أنه قد يتم نشر المواد في مجلة أو موقع ويب أو أي شكل آخر من أشكال النشر. ونتيجة لذلك، أدرك أن المواد قد يراها عامة الناس.
- أفهم أنه قد يتم تضمين المواد في الكتب الطبية.

اسم المريض: [REDACTED] تاريخ ميلاد المريض: [REDACTED]

توقيع المريض (أو توقيع الشخص الذي يعطي الموافقة نيابة عن المريض) Zahraa تاريخ: ٢٠٢٢/٠٩/٠٣

إذا لم تكن المريض فما علاقتك به أو بها؟ (يجب أن يكون الشخص الذي يعطي الموافقة بديلاً لصانع القرار أو الوصي القانوني أو يجب أن يكون لديه توكيل رسمي للمريض): لا يمكن تطبيقه

لماذا لا يستطيع المريض إعطاء الموافقة؟ (على سبيل المثال ، هل المريض قاصر أو عاجز أو متوفى؟): لا يمكن تطبيقه

في حالة نشر صور لوجه المريض أو علامات جسدية مميزة، يجب التوقيع على القسم التالي بالإضافة إلى القسم الأول: لا يمكن تطبيقه

أعطي الإذن بنشر صور وجهي أو علامات جسدي المميزة وأدرك أنه من الممكن بالتالي التعرف على هويتي على الرغم من عدم نشر اسمي والأحرف الأولى من اسمي.

توقيع المريض (أو توقيع الشخص الذي يعطي الموافقة نيابة عن المريض): تاريخ:

لا يمكن تطبيقه

Dr. Abdullah Shwail
Medicine And ICU
Consultant

