



مدينة الملك فهد الطبية
King Fahad Medical City

INFORMED CONSENT

نموذج موافقة مستنيرة

أنا الدكتور Dr. Abdullah Alshehri

I, Dr. _____ have explained

the following surgery/procedure (in layman terms)

Chest wall mass resection with reconstruction

Possible risks and complications:

Bleeding, infection, mesh infection

Select one:

- ☐ Same procedure/treatment- performed once
☐ Same procedure/treatment-performed _____ times
☐ Same procedure/treatment for a duration of _____ (length of time)

قد شرحت الإجراء الجراحي / العلاجي
التالي للمريض (الاسم والوصف بشكل يفهم الشخص العادي)

المخاطر والمضاعفات المحتملة:

اختر واحدة من الآتي:

- ☒ نفس الإجراء الطبي / العلاج لمرة واحدة.
☐ نفس الإجراء الطبي / العلاج _____ مرات.
☐ نفس الإجراء الطبي / العلاج لمدة _____ (الفترة الزمنية).

PATIENT/PATIENT'S
REPRESENTATIVE

I Father (name) acknowledge that the treating Physician/his Assistant have explained the risks, benefits, potential complications and alternative methods, and no guarantees have been made. If during the course of the procedure, an unforeseen condition arises that the physician calls for an additional or different procedure, I further consent to the changes in the procedure, in accordance with the accepted medical practice.

- The excision and disposition of any parts specimen or tissue by the surgeon is also authorized, if such excision and disposition is in accordance with the accepted medical practice.
- I also consent to the taking of still or video photography for medical documentation and educational purposes.
- I acknowledge that I have had the opportunity to ask questions and have had them answered.

أقر أنا _____ بأن الطبيب المعالج/طبيبه المساعد قام بشرح مفصل للإجراء الجراحي / العلاجي والمخاطر والمضاعفات المحتملة والفوائد المرجوة والبدائل ولم يقدم لي الفريق الطبي أي ضمانات حول هذا الإجراء، وأنه في حال ظهور أي مشكلة غير متوقعة تستلزم إجراء جراحي / علاجي إضافي، طبقاً للممارسات الطبية المتفق عليها فإني أوافق على ذلك.

- وفي حال استدعت حالتي الطبية أخذ عيّن أو نسيج أو استئصال عضو فإني أوافق الجراح بذلك بما يتوافق مع الإجراءات الطبية المتعارف عليها.
- كما أنني أوافق على التقاط صور فوتوغرافية أو التصوير بالفيديو لأغراض التوثيق الطبي والتعليم.
- علماً بأن الفريق الطبي قد أتاح لي فرصة طرح الأسئلة والاستفسارات والتي تمت الإجابة.

SIGNATURES:

Patient Signature:	Signature:	Date:	التاريخ:
_____	_____	17/11/2021	_____
Interpreter Name and Employee ID: (or Stamp):	اسم المترجم والرقم الوظيفي (أو الختم) (إن لزم):	Signature:	التوقيع:
_____	_____	Date:	التاريخ:
_____	_____	Time:	الوقت:
Patient Signature:	Signature:	Date:	التاريخ:
_____	_____	17/11/2021	_____
_____	_____	Time:	الوقت:
<input type="checkbox"/> Educational Materials provided	تم إعطاء المادة التعليمية	<input type="checkbox"/> Mently Incompetent	المريض فقد الأهلية
Reason if patient is unable to sign:	سبب عدم توقيع المريض الشخصي:	Signature:	التاريخ:
<input checked="" type="checkbox"/> Minor	_____	Date:	التاريخ:
Witness Name and Employee ID: (or Stamp):	Signature:	Date:	التاريخ:
_____	_____	Time:	الوقت:
Witness Name and Employee ID: (or Stamp):	Signature:	Date:	التاريخ:
_____	_____	Time:	الوقت: