



Name: _____
Nationality: _____
Patient No: _____
Sex: _____ D.O.B: _____

Informed Consent for Surgical Operation / Procedure

موافقة على إجراء عملية جراحية / تدخل طبي

To be filled by the Patient or his/ her relative

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

bronchial artery embolization

Type of Anesthesia / Sedation

- ☐ General ☒ Local/Regional ☒ Intravenous
☐ Spinal ☐ Epidural ☐ Other: _____

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. Sultan Alharbi

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.

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.

Complications associated with this operation / procedure:

Bleeding / infection

☐ 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.

Full Name: _____
☐ Patient ☐ Legal guardian ☐ Relative:
☐ Other: _____

Signature: _____ Date & Time: _____
Witness/ Translator (for the above signature)
Name: _____ Signature: _____
Date & Time: _____ Date & Time: _____

To be filled by the Physician

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.

Dr. Name: Sultan Alharbi
Signature: _____

No abbreviation is to be used in this form

يتم ملأ من قبل المريض أو قريبه

بهذا أوافق وأفوض الدكتور / الدكتورة: سلطان رباح الحربي
ومساعديه / مساعديه حسبما تقتضي الضرورة لإجراء العملية / التدخل الطبي:

تقشير جدارين النازفة
في الرئة

نوع التخدير:

- ☐ عام ☒ موضعي ☒ بالوريد
☐ بالحقن الشوكي ☐ فوق الجافية ☐ أخرى:

قام الدكتور / الدكتورة: سلطان رباح الحربي
بشرح طبيعة العملية / التدخل الطبي أعلاه ، الهدف منها، التخدير (إذا دعت الحاجة)
الأخطار الكامنة، المضاعفات، كما تم إيضاح بدائل هذا العلاج.

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

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.

المضاعفات الناصبة لهذه العملية / التدخل الطبي:

نزيف / التهاب

☐ يطبق ما يلي على المرضى ذوي الوضع شديد الخطورة فقط:
بتوقيعي على هذا، فإنني أقصر بأنه قد تم توضيح كافة المعلومات الخاصة
بالعملية الجراحية/ التدخل الطبي شديدة الخطورة التي سوف تجري لي والاحتمالات
والنتائج التي قد تنتج عن التدخل الطبي والتي من الممكن أن تؤدي إلى
أضرار.

الاسم: _____
العنوان: _____
الرقم: _____

التوقيع: _____ التاريخ/الوقت: 15/10/2018
الشاهد/ المترجم:
الاسم: _____
التوقيع: _____ التاريخ/الوقت: _____

يتم ملأ من قبل الطبيب

بهذا أؤكد بأنني قد تمت بشرح طبيعة، البدائل والمضاعفات المحتملة لتلك العملية
الجراحية / التدخل الطبي للموقع أعلاه. وقد تمت بتوثيق ذلك في الملف الطبي.

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

اسم الطبيب: سلطان رباح الحربي
التوقيع: _____

DR. SULTAN ALHARBI
Asst. Professor & Consultant
Interventional Radiologist

لا يسمح باستعمال الاختصارات لعملية هذا النموذج