



Name: [Redacted]
Nationality: [Redacted]
Patient No: [Redacted]
Sex: [Redacted] D.O.B: [Redacted]

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 Epidermal 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: _____ Date & Time: October 5, 2018

DR. SULTAN ALHARBI
Asst. Professor & Consultant
Interventional Radiologist

No abbreviation is used in this form

يتم ملأ من قبل المريض أو قريبه

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

تفصيل خراسن النازفة
ض الرئة

- نوع التخدير: عام موضعي بالوريد
 بالحقن الشوكي فوق الجافية أخرى:

قام الدكتور / الدكتورة: سلطان براع 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 تعديل مدة العملية أو تغيير وإيقاف العملية أو إجراء عملية إضافية ، فإنني أوافق وأفوض وأطلب عمل الإجراءات اللازمة.

المضاعفات المساحبة لهذه العملية / التدخل الطبي:

نزيف / التهاب

يطبق ما يلي على المرضى ذوي الوضع شديد الخطورة فقط،
بتوقيع على هذا، فإنني أقصر بأنه قد تم توضيح كافة المعلومات الخاصة بالعملية الجراحية/التدخل الطبي شديد الخطورة التي سوف تجرى لي والاحتمالات والناتجة عن التدخل الطبي والتي من الممكن أن تؤدي إلى أضرار.

Full Name: _____
Signature: _____ Date & Time: 10/5/2018
Witness/ Translator (for the above signature)
Name: _____ Signature: _____
Date & Time: _____ Date & Time: _____

يتم ملأ من قبل الطبيب

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

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

اسم الطبيب: سلطان براع الحربي
التوقيع: _____

DR. SULTAN ALHARBI
Asst. Professor & Consultant
Interventional Radiologist

لا يسمح باستعمال الاختصارات لعملية هذا النموذج