



٢٠١٣/١١/٠٩ م ٢٠١٣/١١/٠٩ م

قرار وزاري رقم (٢٠٧) لسنة 2015

وزير الصحة :

- بعد الاطلاع على أحكام المرسومين بقانون ونظام الخدمة المدنية وتعديلاتهما .
- وعلى المرسوم بالقانون رقم (25) لسنة 1981 في شأن مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان والمهن المعاونة لهما وتعديلاته .
- وعلى القرار الوزاري رقم (251) لسنة 2010 بشأن تطبيق معايير الاعتراف بجودة الرعاية الصحية .
- وعلى كتاب وكيل الوزارة المساعد لشئون الجودة والتطوير رقم (280560) المؤرخ 2015/11/29 ، والمرفق به الاقتراح المقدم من ادارة الجودة والاعتراف .
- وبناء على مقتضيات المصلحة العامة ، وما عرضه علينا السيد وكيل الوزارة .

ق ر ر .

مادة أولى : تعتمد نماذج إقرارات المرضى والسياسات الاسترشادية الخاصة بها المرافقة لهذا القرار ، وتلتزم المؤسسات الصحية الحكومية والأهلية ، باستخدام تلك النماذج وفق الإجراءات التالية :-

- على الطبيب المعالج / المتخصص اخذ الموافقة الخطية من المريض او من يمثله قانونا على الإجراء الطبي المطلوب اتخاذه قبل الشروع بعمل الإجراء وبفترة كافية تخوله اتخاذ القرار المناسب ، وذلك بعد تبصير وإعلام المريض ، باللغة التي يفهمها عن حالته ، وشرح الإجراءات الطبية المطلوبة والمقترحة له ، مع مراعاة ان تتضمن شرحا للآثار المحتمل حدوثها بعد الإجراء الطبي ، وشرح البدائل المتاحة والفوائد المرجوة من الإجراء إلى جانب تبصير المريض بمخاطر رفض الموافقة على الإجراء المقترح ، وتضمن كافة تلك البيانات بالملف الطبي للمريض بمعرفة الطبيب .



-2-

مادة ثانية : يراعى استيفاء نماذج إقرارات المرضى للحالات التالية :-

- الإجراءات الطبية والجراحية الكبرى أو الصغرى والتي تتطلب الدخول أو النفاذ للجسم إما من خلال عمل قطع أو فتحه بالجلد او من خلال إحدى الفتحات الطبيعية بالجسم.
- الإجراءات التي تتطلب استخدام التخدير أو المهدئات سواء استدعى ذلك النفاذ لجسم المريض من عدمه ، (مثل التخدير العام ، التخدير الموضعي ، تخدير عصب محدد ، العمليات الكبرى أو الصغرى) .
- الإجراءات الطبية الغير جراحية ، المتضمنة استخدام الأدوية والتي تحتمل حدوث مضاعفات ومخاطر ولو بسيطة على الجسم (مثل استخدام ادوية العلاج الكيماوي) .
- العلاج بالصدمات الكهربائية للمخ .
- الحقن الوريدي بالمواد الصبغية .
- نقل الدم ومشتقاته وبدائله .

مادة ثالثة : يجب على إدارة كل مرفق صحي أو أهلي ، وضع قائمة تتضمن الإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تتطلب اخذ موافقة المريض الخطية ، او من يمثله قانونا ، مع توثيق تلك القائمة ضمن سياسات إقرارات المرضى الخاصة بالمرفق الصحي . وتلتزم إدارة كل مرفق صحي بتدريب العاملين بها على آليات تعبئة النماذج بالشكل الصحيح طبقا للسياسة الاسترشادية والمرافقة لهذا القرار ، وبما يتفق مع حقوق المرضى .

دولة الكويت

MINISTRY OF HEALTH

Minister Office



وزارة الصحة

مكتب الوزير

مادة رابعة : تعتبر نماذج اقرارات المرضى المرافقة لهذا القرار ضمن نماذج الملف الطبي المعتمدة من الوزارة .

مادة خامسة : يبلغ هذا القرار من يلزم لتنفيذه ويعمل به اعتبارا من تاريخه .

الدكتور / علي سعد العبيدي

٥١ - ٦ - ٢٠١٠

وزير الصحة

د. علي سعد العبيدي

وزير الصحة

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

--

Unit

--

Ward

--

Room

--

Bed

--

Date of Admiss.

--

Physician in Charge

--

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب / المتخصص والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار المريض بالموافقة على إجراء تدخل طبي تشخيصي / علاجي

تسمى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه. معلومة للمريض: لقد تم إعطاؤك معلومات تخص حالتك (حالة المريض) وحاجتك (حاجة المريض) للخضوع للتدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي. القوانين تحتم علينا اخبارك عن:

- 1 - طبيعة حالتك الصحية.
- 2- طبيعة الإجراء التشخيصي/ العلاجي.
- 3- المخاطر المحيطة بالإجراء المقترح.
- 4- البدائل العلاجية والمخاطر المتعلقة بهذه البدائل.

5 - مخاطر عدم التقيد بالعلاج.

الحالة الصحية

قد قام الطبيب المعالج / المتخصص بشرح الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بي / بالمريض والمتعلقة بـ:

انا / ولي امر المريض افوض الفريق الطبي المعالج بإجراء التدخل التشخيصي/ العلاجي التالي:
اسم المريض

وقد شرح لي ان الغرض والفائدة من هذا الإجراء هو:

المخاطر المحتملة للإجراء المقترح

شرح لي الطبيب المعالج / المتخصص ان الإجراء التشخيصي/ العلاجي المقترح قد يؤدي لحدوث مخاطر ومضاعفات، وأدرك ان المرض (الأمراض) الأخرى التي أعاني / يعاني منها المريض قد تؤدي لحدوث مخاطر إضافية، و ان هذه المخاطر تشمل:

كما تم شرح البدائل المتوفرة للإجراء المقترح بمخاطرها المحتملة وهي:

خطورة عدم إجراء التدخل هي:

حالات غير متوقعة

انا ادرك انه خلال عمل الإجراء الموصوف اعلاه، قد يكون من الضروري او المناسب تنفيذ إجراءات أخرى غير متوقعة او لم يكن معلوم الحاجة لها عند وقت اعطاء هذه الموافقة. وأوافق على عمل هذه الإجراءات حسب ما يراه الطبيب / المتخصص ضروري أو مناسب.

الموافقة على نقل الدم

قد قام الطبيب بالتوضيح لي انه اثناء عمل التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي قد تكون هناك حاجة لنقل الدم وذلك لتعزيز الشفاء، أو لإنقاذ الحياة. ان فوائد ومخاطر نقل الدم والآثار المترتبة على الرفض والتي تتضمن تعريض صحتي/ صحة المريض للخطر قد تم شرحها لي من قبل الطبيب.

انا أوافق على نقل الدم اذا حدد الطبيب الحاجة لذلك

توقيع المريض / من يمثل محله قانونا

في حال عدم الموافقة على نقل الدم يرجى التوقيع هنا

انا لا أوافق على نقل الدم واتحمل كافة المخاطر التي قد تنتج من جراء هذا الرفض

توقيع المريض / من يمثل محله قانونا

لا حاجة لنقل الدم

توقيع الطبيب

التصوير الفوتوغرافي

انا أوافق على تصوير الإجراء التشخيصي/ العلاجي بما يتضمنه من عرض لجزء ملائم من جسمي/ جسم المريض لأهداف طبية، علمية، أو تعليمية ،
بشرط عدم الكشف عن هويتي/ هوية المريض من خلال الصور أو الكتابة الوصفية المرافقة للعرض.

انا أوافق على التصوير الفوتوغرافي

توقيع المريض / من يحل محله قانونا

في حال عدم الموافقة على التصوير الفوتوغرافي يرجى التوقيع هنا

انا لا أوافق على التصوير الفوتوغرافي

توقيع المريض / من يحل محله قانونا

لا حاجة لتصوير الإجراء

توقيع الطبيب / المتخصص

التخلص من الأعضاء والأنسجة

انا اعلم وأوافق على ان اي عينة أو عضو يتم استئصاله من جسمي/جسم المريض اثناء إجراء التدخل التشخيصي/ العلاجي، يمكن دراسته أو الاحتفاظ به.

الموافقة على التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي

- لقد قرأت نموذج الموافقة بكامله، وأعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة كما تمت الإجابة على جميع أسئلتني المطروحة بما يرضي قناعتي.
- لقد قمت بالتوقيع على الإجراءات التي لم أوافق عليها.
- انا ادرك كيفية انجاز وعمل الإجراء المحدد والمخاطر والمضاعفات المحتملة من جرائه.
- انا ادرك انه اذا ما قررت في اي وقت قبل إجراء التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي عدم المضي بالإجراء فمن حقّي التراجع عن موافقتي.

بعد قراءة النموذج والتحدث مع الطبيب المعالج / المتخصص، فان توقيعي اذناه فيه إقرار مني على اني اخول وأوافق على عمل الإجراء الموصوف
اعلاه من قبل الفريق الطبي المعالج.

..... / /
التاريخ الوقت

اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانونا

اذا تم توقيع الإقرار من قبل شخص آخر غير المريض الرجاء تحديد الاسباب وصلته او علاقته بالمريض

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغه يفهمها المريض من قبل

..... / /
التاريخ الوقت

الاسم والتوقيع

إقرار الطبيب / المتخصص

لقد شرحت للمريض/ من يحل محله قانونا طبيعة الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي، والمخاطر، والفوائد، والبدائل (متضمنة على عواقب عدم متابعة
او مواصلة العلاج). لقد قمت بالرد على جميع أسئلة المريض / من يحل محله قانونا بالفضل ما أوتيت به من معرفة، اعتقد بها انه قد حصل على قدر
كاف من الدراية والاستبصار.

..... / /
التاريخ الوقت

اسم وتوقيع الطبيب / المتخصص

..... / /
التاريخ الوقت

اسم وتوقيع الشاهد

قام المريض / من يحل محله قانونا بإلغاء الموافقة المعطاة مسبقا من قبله لإجراء التدخل التشخيصي/ العلاجي

اسم وتوقيع الطبيب : المتخصص

الرجاء استكمال نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

--

--

--

--

--

Date of Admiss.

Physician in Charge

--

--

Name: _____

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician / specialist; otherwise it will be illegal.

Patient consent to medical diagnostic/ therapeutic procedure

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

To the patient: you have been given information about your/ your patient condition and the recommended medical diagnostic/ therapeutic intervention. The laws oblige us to tell you about:

- 1- The nature of your condition.
- 2- The nature of the medical diagnostic/ therapeutic procedure
- 3- The risks related to the proposed procedure.
- 4- The therapeutic alternatives and the associated risks.
- 5- Risk of no treatment.

Medical Condition

The treating physician / specialist has explained to me the following medical condition(s) that exist in my/ my patient case:

I /legal representative of the patient authorize the treating medical team to

Patient's name

perform the following medical diagnostic / therapeutic procedure:

It was explained to me the purpose and benefit of the procedure which is:

The probable risks of proposed procedure

The treating physician / specialist explained to me that the proposed medical diagnostic/ therapeutic procedure may involve risks and morbidities , and I also understand that the complicating medical condition(s) I/ the patient is suffering from, might lead to additional risks. These risks include:

It was explained to me that the available alternatives to the proposed procedure and it's probable associated risks are:

The risks of not performing the intervention include:

Unplanned condition(s)

I understand that during the performance of the above described procedure, it may be necessary or appropriate to perform additional procedures that are unforeseen or not known to be needed at the time consent was given. I consent to the performance of such procedures as considered necessary or appropriate by the physician / specialist.

Blood transfusion consent

The physician has explained to me that during the performance of the medical diagnostic / therapeutic procedure there might be a need for blood transfusion to promote recovery or save the life. Benefits and risks of transfusion and the consequences of refusal that includes seriously jeopardizing my/the patient health have been explained to me by the physician.

I consent to blood transfusion if the physician necessitate the need for it

Patient /legal representative signature

In case of refusal to consent for blood transfusion please sign here

I do not consent to blood transfusion and I take responsibility for all risks that may occur due to this refusal

Patient / Legal representative signature

No need for blood transfusion

Physician signature

Photography

I consent to photography of the medical diagnostic/therapeutic procedure performed including an appropriate portion of my/patient's body for medical, scientific, or educational purposes, providing that my/patient's identity is not revealed by the pictures or the descriptive text accompanying the demonstration.

I consent to photography

Patient /legal representative signature

In case of refusal to consent to photography, please sign here

I do not consent to photography

Patient / Legal representative signature

No need for procedure photography

Physician / Specialist signature

Disposal of organs or tissues

I know and consent that any tissue or organ removed from my/ patient's body, in the course of performance of the diagnostic/ therapeutic procedure, may be tested or retained.

Consent to medical diagnostic/ therapeutic procedure

- I have read this consent form in its entirety, I was given a chance to ask questions and all of the questions I have asked have been answered to my satisfaction.
- Refused aspects of care have been signed by me.
- I understand how this procedure is performed and its possible risks and complications.
- I understand that if at any time prior to my/patient procedure I decided that I do not want to go forward with the procedure, I may withdraw my consent.

Having read this form and talked with the treating physician / specialist, my signature below acknowledges that: I give my authorization and consent to the performance of the procedure described above by the treating medical team.

..... / /
Patient /legal representative name & signature Date Time

If the consent is signed by somebody other than the patient, please state the reasons and relationship
.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by

..... / /
Name & signature Date Time

Physician / Specialist statement

I have explained to the patient/ legal representative the nature of the medical diagnostic/therapeutic procedure with the risks, benefits, and alternatives (including the consequences of failure to follow or continue treatment). I have answered all of the patient's/ legal representative questions to the best of my knowledge which I believe led him to be adequately informed.

..... / /
Physician/specialist name & signature Date Time

..... / /
Witness name & signature Date Time

The patient/patient legal representative revoked the previously given consent to medical diagnostic/ therapeutic procedure

.....
Physician / Specialist name and signature

Please fill in the "Consent to refuse medical diagnostic/therapeutic procedure" form

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب / المتخصص والا سيعتبر الإقرار غير قانوني.

إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/العلاجي

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

في حال عدم الموافقة على الإجراء الطبي التشخيصي/العلاجي يرجى التوقيع أدناه. المريض سيظل يتلقى العناية المناسبة للحالة الصحية بالرغم من هذا الرفض.

أقر أنا / ولي امر المريض بأن الفريق الطبي المعالج قد قام بشرح كافة العواقب متمثلة
اسم المريض

بالمخاطر، والمضاعفات المترتبة على رفضي للقيام بالإجراء الطبي التشخيصي/العلاجي. انا ادرك تماما ان رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجى قد يؤدي لتدهور حالتي / حالة المريض الصحية وحياتي/ حياة المريض ولكن هذه رغبتي.

الإجراء الطبي الذي تم رفضه هو

.....

مخاطر رفض الإجراء المقترح تتضمن

.....

.....

وفوائد عمل الإجراء المقترح هي

.....

أسباب رفض الإجراء الطبي هي

.....

وبالتالي انا اتحمل كافة النتائج المترتبة على رفضي للإجراء المحدد لي / للمريض.

..... / /
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانونا التاريخ الوقت

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض، الرجاء تحديد الاسباب وصلته او علاقته بالمريض

.....

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغة يفهمها المريض من قبل

..... / /
الاسم والتوقيع التاريخ الوقت

..... / /
اسم وتوقيع الطبيب / المتخصص التاريخ الوقت

..... / /
اسم وتوقيع الشاهد التاريخ الوقت

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

--

Unit

--

Ward

--

Room

--

Bed

--

Date of Admiss.

--

Physician in Charge

--

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار التخدير / المهندسات

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

التخدير هو علم طبي أساسي لا غنى عنه لإجراء مختلف العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية، والهدف منه هو المحافظة على سلامة وكفاءة كافة أجهزة الجسم أثناء فترة عمل الإجراء الطبي وما بعدها، وهذا يستلزم إعطاء أدوية خاصة بطرق تخديرية متعارف عليها مع الحفاظ على وظائف أجهزة الجسم الحيوية بأقصى درجة أمان ممكنة.

لقد شرح لي طبيب التخدير / العناية المركزة أنه وبالرغم من أن التخدير بما يتضمنه من أدوية وطرق تخديرية وأجهزة مراقبه تداخلية أو غير تداخلية يعد إجراء أمن بصورة عامة، وأن احتمالات حدوث مضاعفات ومخاطر على حياة المريض الذي ليست لديه مشاكل صحية مصاحبة تكاد تكون نسبتها ضئيلة، إلا أن استخدام أدوية التخدير وطرقه المختلفة له مضاعفات ومخاطر تختلف في نسبة حدوثها وتأثيرها حيث أنها ترتبط بصورة مباشرة بحالة المريض الصحية وخطورة الإجراء المقترح.

أقر أنا / ولي أمر المريض..... بأن طبيب التخدير/العناية المركزة قد أحاطني علما وتفهمت اسم المريض

وبالتفصيل ان انسب إجراءات (التخدير / المهندسات) للحالة وفانتتها هي:

.....

وأنة من الممكن تغيير الإجراء المتفق عليه أثناء القيام بالتدخل الطبي التشخيصي / العلاجي إذا اقتضى الأمر. كما أحطت علما بكافة المضاعفات والمخاطر التي قد تحدث أثناء إعطاء المخدر والتي تكون خارجة عن إرادة طبيب التخدير مثل: احتمال حدوث صعوبة بوضع أنبوبة التنفس وما يصاحبها من مضاعفات، هبوط في كفاءة جهاز الدورة الدموية، الجهاز التنفسي أو الجهاز العصبي المركزي والتي قد تؤدي لاحتمال الدخول للعناية المركزة أو الاستمرار بالتنفس الاصطناعي إذا استدعى الأمر.

لقد تفهمت بأن حالتي تندرج ضمن التصنيف العالمي لدرجة اللياقة الطبية تحت درجة :

- | | | |
|---------|--|--------------------------|
| ASA I | المريض بحالة صحية جيدة وبدون امراض عضوية | ☐ |
| ASA II | المريض يعاني من مرض عضوي بدرجة خفيفة الى معتدلة تمت معالجته ولا يحد من نشاطاته | ☐ |
| ASA III | المريض يعاني من خلل عضوي شديد يؤدي لقصور واضح بنشاطاته | ☐ |
| ASA IV | المريض يعاني من مرض عضوي شديد يشكل تهديد متواصل لحياته | ☐ |
| ASA V | المريض بحالة احتضار ومن المستبعد ان يبقى على قيد الحياة خلال 24 ساعة، مع او بدون إجراء العملية | ☐ |

أنا أوافق على إعطائي/ إعطاء المريض (المخدر / المهدئ) بالطريقة المذكورة اعلاه وكذلك عمل كافة التداخلات الطبية الطارئة واللازمة لإنقاذ حياتي/حياة المريض أثناء إعطاء (التخدير / المهدئ).

كما أقر بأنني قد ابليت طبيب التخدير / العناية المركزة بكافة المعلومات التي تتعلق بحالتي / حالة المريض الصحية و الأدوية التي أتناولها / يتناولها المريض بانتظام.

..... توقيع المرافق في حال عدم معرفته بالحالة الصحية أو الأدوية التي يتناولها المريض

الموافقة على إجراء (التخدير / المهدنات):

- لقد قرأت نموذج الموافقة بكامله، وأعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة كما تمت الإجابة على جميع أسئلتي المطروحة بما يرضى قناعتي.
- أنا أدرك كيفية انجاز وعمل الإجراء المقترح والمخاطر والمضاعفات المحتملة من جرائه.
- أنا أدرك أنه إذا ما قررت في أي وقت قبل إعطاء (التخدير / المهدنات) عدم المضي بالإجراء فمن حقي التراجع عن موافقتي.

بعد قراءة النموذج والمناقشة مع طبيب التخدير / العناية المركزة فإن توقيعني أدناه فيه إقرار مني على أنني أخول وأوافق على عمل الإجراء الموصوف أعلاه من قبل الفريق الطبي المعالج.

..... / /
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانوناً التاريخ الوقت

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض الرجاء تحديد الأسباب وصلته أو علاقته بالمريض

.....

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغة يفهمها المريض من قبل

..... / /
الاسم والتوقيع التاريخ الوقت

إقرار الطبيب:

لقد شرحت للمريض / من يحل محله قانوناً الإجراء التخديري المقترح والمخاطر والفوائد والبدائل (متضمنة على العواقب المحتملة من جراء عدم القيام بالإجراء). ولقد قمت بالرد على جميع أسئلة المريض / من يحل محله قانوناً بأفضل ما أوتيت به من معرفة، أعتقد بها أنه قد حصل على قدر كاف من الدراية والاستبصار.

..... / /
اسم وتوقيع الطبيب التاريخ الوقت

..... / /
اسم وتوقيع الشاهد التاريخ الوقت

قام المريض / من يحل محله قانوناً بإلغاء الموافقة المعطاة مسبقاً من قبله لإجراء التخدير/المهدنات

اسم وتوقيع الطبيب

الرجاء استكمال نموذج إقرار رفض إجراء التخدير / المهدنات

Organization Name: _____

Depart.	Unit	Ward	Room	Bed

Date of Admiss.	Physician in Charge

File NO.

CID NO.

Name: _____

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician; otherwise it will be illegal

Consent to anesthesia/sedation

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

Anesthesia is an indispensable (necessary) basic medical science used in different surgical operations or interventional procedures, aiming at preserving the safety and the efficiency of all body systems during and after the procedure. This necessitates the introduction of particular medications through several well-known anesthetic procedures to safeguard vital functions of body systems.

The **anesthetist / intensivist** has explained to me that even though that anesthesia with all its content of medications, methodologies , interventional and non interventional monitoring is considered a safe practice generally, and the possibility of morbidity and risk incidences for patient with good medical condition is considered rare .However, the utilization of anesthesia medication and methodologies carries complications and risks which differ in their occurrences and impact , and it is directly related to the patient medical condition and the severity of the proposed procedure.

I / the legal representative of the patientacknowledge that the
Patient's name
anesthetist / intensivist had informed me in details and I understand that the best (anesthesia/ sedation) procedure for this condition and it's benefits is:

.....
.....
And it is possible to change the agreed upon procedure during the performance of the medical diagnostic/therapeutic intervention, when required. I was informed about all the complications and risks that might probably happen during the introduction of anesthesia and is considered out of the anesthetist control such as difficult intubation with its related complications, inefficiency of the circulatory , respiratory, or the central nervous systems which may lead to the possibility of ICU admission or to continue on mechanical ventilation if required.

I understand that international classification for physical state in my/ patient's case is under the category of

- ☐ **ASA I** A healthy patient with no systemic disease
- ☐ **ASA II** Mild to moderate systemic disease treated and not limiting patient's activities
- ☐ **ASA III** Severe systemic disturbance imposing definite functional limitation on patient
- ☐ **ASA IV** Severe systemic disease which is a constant threat to life
- ☐ **ASA V** Moribund patient unlikely to survive 24 hour, with or without surgery

I agree to provide me / my patient with (anesthesia/ sedation) through the above mentioned procedure and to carry out all emergency medical interventions necessary to save my/ patient's life during introduction of (anesthesia/ sedative).

I admit that I have informed the anesthetist/intensives about all information related to my/my patient's medical condition and about the medications I/the patient regularly take(s).

..... The signature of the companion who could not acknowledge the medical condition or the medications taken by the patient.

Consent to (anesthesia/sedatives) procedure

- I have read this consent form in its entirety, given a chance to ask questions and all of the questions I have asked have been answered to my satisfaction.
- I understand how this procedure is performed and its possible risks and complications.
- I understand that if at any time prior to introduction of (anesthesia/sedation) procedure I decided that I do not want to go forward with the procedure, I may withdraw my consent.

Having read this form and talked with the anesthetists/intensivist, my signature below acknowledges that: I give my authorization and consent to the performance of the procedure described above by the treating medical team.

..... / / :
Patient /legal representative name & signature Date Time

If consent is signed by other than the patient, please state the reasons and relationship

.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by:

..... / / :
Name & signature Date Time

Physician statement

I have explained to the patient/ legal representative the proposed anesthetic procedure and the risks, benefits, and alternatives (including the probable or likely consequences if the procedure is not performed). I have answered all of the patient's/ legal representative questions and to the best of my knowledge, which I believe led him to be adequately informed.

..... / / :
Physician name & signature Date Time

..... / / :
Witness name & signature Date Time

The patient/legal representative revoked the previously given consent to anesthesia/sedation procedure

.....
Physician's name and signature

Please fill the "Consent to refuse anesthesia/sedation procedure" form

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

--

--

--

--

--

Date of Admiss.

Physician in Charge

--

--

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار رفض إجراء التخدير / المهدئات

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

في حال عدم الموافقة على إجراء (التخدير / المهدئات) يرجى التوقيع ادناه.

أقر أنا / ولي أمر المريض بأن طبيب التخدير / العناية المركزة قد شرح لي

اسم المريض

عواقب عدم الموافقة على الإجراءات التخديرية المقررة، كما اني اتفهم تماما ما قد يترتب على ذلك من عدم تمكين الطبيب المعالج من اتمام عمله لإجراء التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي مما قد يؤدي لتدهور حالي/ حالة المريض الصحية وحدوث مضاعفات قد تهدد حياتي/ حياة المريض.

انا أقر بأنه قد تم نصحي بوضوح وبطريقة مباشرة بعواقب رفض اخذ (التخدير/ المهدئات) المقررة لي/ للمريض.

إجراء التخدير الذي تم رفضه هو

.....

مخاطر رفض الإجراء المقترح تتضمن

.....

.....

فوائد عمل الإجراء المقترح هي

.....

أسباب رفض الإجراء الطبي هي

.....

..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانونا

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض الرجاء تحديد الأسباب وصلته او علاقته بالمريض:

.....

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغة يفهمها المريض من قبل:

..... / /
التاريخ الوقت

.....
الاسم والتوقيع

..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الطبيب

..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الشاهد

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Depart.	Unit	Ward	Room	Bed

Name: _____

Date of Admiss.	Physician in Charge

SEX: M / F DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician; otherwise it will be illegal

Consent to refuse anesthesia/sedation procedure

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

In case of refusal to consent to anesthesia/ sedation procedure, please sign below.

I / legal representative of the patient **consent that the anesthetist**
Patient's name

/ intensivist has explained to me the consequences of refusing the specified anesthetic procedure, I understand as well that this might result in inability of the treating physician to complete the proposed medical diagnostic/ therapeutic procedure, which might cause deterioration in my/ patient's medical condition and lead to complications that might threaten my/patient's condition.

I consent that I was advised clearly and directly as to the consequences of refusing the (anesthesia/ sedation) procedure specified for me/my patient.

The refused anesthesia/sedation procedure is
.....

The risks of refusing the proposed procedure include
.....
.....

The benefits of the proposed procedure are
.....

The causes of refusal are
.....

..... / /
Patient /legal representative name & signature Date Time

If consent is signed by other than the patient, please state the reasons and relationship
.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by

..... / /
Name & signature Date Time

..... / /
Physician name & signature Date Time

..... / /
Witness name & signature Date Time

Depart.	Unit	Ward	Room	Bed

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

SEX: M / F **DOB:** / /

--

DOB: / /

إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل

الرجاء تعبئة الفقرة الملانة لحالة المريض

□ خروج المريض ضد النصح الطبي

..... قد قام بشرح الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بي / بالمرضى والمتمثلة بـ :

..... وقام بنصحي عن مدى حاجتي (حاجة المريض) للفحص الطبي / العلاج التالي:

..... وشرح لي فائدة ذلك الفحص الطبي / العلاج وهي:

..... لقد تم ابلاغه بمخاطر قراره بالخروج ضد النصيح الطبي وهي:

ان اسباب الخروج ضد النصح الطبي هي:

- ۲۹۹ -

□ إقرار رفض التحويل

أقر أنا / ولي امر المريض بان الطبيب المعالج بالمؤسسة الصحية
اسم المريض اسم المؤسسة

قد قام بشرح الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بي / بالمريض والمتمثلة ب:

.....

.....

وقد اوصي بالتحويل للجهة الطبية التالية:

اسم الجهة الطبية

وذلك للأسباب التالية:

.....

قام الطبيب المعالج بإبلاغي بمخاطر رفض التحويل للجهة الطبية المحددة والمتمثلة ب:

.....

.....

ان اسباب رفض التحويل للجهة الطبية المحددة هي:

.....

.....

إنني على علم بأن رفض التحويل يمكن أن يهدد صحي (صحة المريض) او حياتي (حياة المريض) ولكني مُصرّ على تحقيق رغبتني تلك متحملاً كافة النتائج المترتبة على قراري هذا. وقد أعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة على كافة أسئلتي.

.....
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانوناً
..... / /
التاريخ الوقت

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض، الرجاء تحديد الاسباب وصلته او علاقته بالمريض

.....

لقد تم شرح الإجراءات اعلاه ببلغه يفهمها المريض من قبل

.....
الاسم والتوقيع
..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الطبيب
..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الشاهد
..... / /
التاريخ الوقت

Organization Name: _____

Depart.	Unit	Ward	Room	Bed

Date of Admiss.	Physician in Charge

File NO.

CID NO.

Name: _____

SEX: M / F DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician; otherwise it will be illegal.

Consent to Discharge Against Medical Advice / Refuse Transfer

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

Please fill the section relevant to patient condition

☐ Discharge of Patient Against Medical Advice

I /legal representative of the patient **consent that the treating**

Patient's name

physician in **has explained to me the following medical**

Organization name

condition(s) that exist in my (my patient) case:

.....

.....

and advised me about my (my patient) need for the following medical examination/ treatment:

.....

and the benefits of that medical examination/ treatment:

.....

.....

I have been informed about the risks of my decision to be discharged against medical advice which is/are:

.....

.....

.....

Reasons for leaving against medical advice:

.....

.....

I acknowledge that discharge against medical advice may jeopardize my / the patient health or life. **However, I insist on fulfilling my desire, and I assume the responsibility for all the consequences that may result from my decision.** I have been given the opportunity to ask questions and all my questions been answered, I have been informed that I (the patient) can return at any time to receive medical care and discharge arrangements were done for me (the patient).

☐ **Consent to Refuse Transfer**

I /legal representative of the patient **consent that the treating**
..... Patient's name
physician in **has explained to me the following medical**
..... Organization name
condition(s) that exist in my (my patient) case which is/are:

.....
.....
and recommended the transfer to the following medical party:
..... Medical Party name
for the following reasons:

.....
The treating physician informed me about the risks of refusing transfer to the recommended medical party
which is/are:

.....
Reasons for refusing transfer to the recommended medical party is/are
.....
.....

I acknowledge that refusing transfer may jeopardize my / the patient health or life. **However, I insist on fulfilling my desire, and I assume the responsibility for all the consequences that may result from my decision.** I have been given the opportunity to ask questions, and all my questions been answered.

..... / /
Patient /legal representative name & signature Date Time

If consent is signed by other than the patient, please state the reasons and relationship

.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by

..... / /
Name & signature Date Time

..... / /
Physician name & signature Date Time

..... / /
Witness name & signature Date Time

سياسات إقرارات المرضى

قائمة المحتويات

المحتوى

..... المقدمة	
..... ماذا نعني بإقرار الموافقة المبني على استبصار ودراية المريض (informed consent)	
..... من المسؤول عن اخذ الإقرار من المريض	
..... ما هو قدر المعلومات التي يجب اعطاؤها للمريض ليعتبر على دراية و استبصار ؟	
..... تقدير الحالة العقلية للمريض	
..... استخدام الوسائل السمعية والبصرية والمكتوبة للشرح	
..... ما هي مدة صلاحية الإقرار	
..... إقرار المريض في الحالات الطارئة	
..... ما هي الإجراءات التي تتطلب اخذ موافقة المريض الخطية عليها	
..... واجبات الفريق الطبي للتأكد من استكمال نماذج الإقرار	
..... ما هي الإجراءات المتبعة في حال حاجة المريض لإجراء تدخل طبي تشخيصي/ علاجي من قبل	
..... أكثر من طبيب معالج أو مختص في نفس الوقت؟	
..... إرشادات اخذ اقرار الموافقة على الاجراء الطبي التشخيصي/العلاجي	
..... إرشادات اخذ اقرار الموافقة على إجراءات التخدير/المهدئات	
..... رفض الرعاية الصحية ضد النصح الطبي	
..... رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجي	
..... إجراءات تعبئة نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجي	
..... رفض إجراء التخدير / المهدئات	

الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية أخرى	
إجراءات تعبئة نموذج إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل	
رفض العلاج من قبل الحالات المصابة بالأمراض المعدية.....	
التصوير الفوتوغرافي	
إقرار المريض على التصوير الفوتوغرافي	
الملحق	
نموذج إقرار المريض بالموافقة على إجراء تدخل طبي تشخيصي/ علاجي (اللغة العربية).....	
نموذج إقرار المريض بالموافقة على إجراء تدخل طبي تشخيصي/ علاجي (اللغة الانجليزية).....	
نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي /العلاجي (اللغة العربية).....	
نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي /العلاجي (اللغة الانجليزية).....	
نموذج إقرار التخدير / المهدئات (اللغة العربية).....	
نموذج إقرار التخدير / المهدئات (اللغة الانجليزية).....	
نموذج إقرار رفض إجراء التخدير / المهدئات (اللغة العربية).....	
نموذج إقرار رفض إجراء التخدير / المهدئات (اللغة الانجليزية).....	
نموذج إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل (اللغة العربية).....	
نموذج إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل (اللغة الانجليزية).....	
قائمة المراجع	

المقدمة

تعد مسألة اخذ موافقة المريض قبل تقديم اى رعاية صحية (مثل الفحص الطبي او بدء العلاج) مبدأ قانوني وأخلاقي يعكس حق المريض لتحديد ما سيحدث له ولبدنه، ويعد اخذ الإقرار من المريض جزء مهم في الممارسة الصحيحة للطب، وعدم احترام هذا المبدأ قد يعرض مقدمي الخدمة للمساءلة القانونية من قبل المريض أو الجسم الطبي نفسه. فانطلاقاً من حق المريض في أن يتم تبصيره بالتدخل الطبي العلاجي أو الجراحي الذي سيجرى له وان يكون على علم بنوع الاجراء والبدائل المتاحة ومدى الخطورة المتوقعة من هذا الاجراء فانه يتم أخذ موافقته الخطية المستنيرة على الاجراء في هيئة نموذج يتضمن اقراره بالموافقة على نوع التدخل الطبي، وذلك احتراماً لحقه في اتخاذ القرار المناسب والموافقة المستنيرة على القرارات التي تتعلق بجسمه وصحته باعتبار أن ذلك يعد من الحقوق الأساسية لأي شخص اعترافاً بمكانته الانسانية وحرمة حياته ورغباته خصوصاً عندما تكون صحته وحياته معرضتان للخطر.

ويدور التساؤل حول من يكون له حق التوقيع على نموذج إقرار التدخل الطبي التشخيصي/العلاجي سواء بالموافقة أو بالرفض، ومدى قانونية ذلك في الحالة الأخيرة وهي حالة الرفض وكأصل عام فان المريض اذا كان في كامل وعيه وكان كامل الأهلية بالغا سن الرشد القانوني وهو ٢١ سنة ميلادية كاملة فانه يكون له حق اتخاذ القرار والتوقيع على نموذج الاقرار بالموافقة على الاجراء الطبي الذي يقترحه الطبيب المعالج أو بالرفض(*). أما اذا كان المريض ناقص الأهلية لصغر سنه فإن التوقيع يكون لولي النفس(**) و إذا كان المريض عديم الأهلية مثل حالة السفیه - وحالة المجنون - وحالة المعتوه فان هؤلاء يكونون محجورون لذواتهم ولا تكون ارادتهم معتبرة من الناحية القانونية ويكون للقيم (***) عليهم في هذه الحالة حق التوقيع على الاقرار اللازم لإتمام الاجراء الطبي أو العلاجي سواء بالموافقة أو بالرفض.

ان القاعدة الأساسية بالقانون تنص على حرمة جسم الإنسان وبعدم مشروعية المساس بجسد اى شخص من قبل شخص آخر الا بنص قانوني أو بموافقة ذلك الشخص وإلا فان ذلك الفعل يعد تعدي، وعليه فالطبيب المعالج يحتاج إلى المخرج القانوني لكي يستطيع ملامسه جسد المريض والتعامل معه وهذا يستوجب اخذ موافقة المريض المسبقة بعد اعلامه وتبصيره بأهمية الإجراء المحدد له. كما يجب الحفاظ على سرية معلومات المريض بشكل عام وتلك الموثقة ضمن نماذج الاقرارات وعدم افشائها الا بموافقة المريض او من ينوب عنه وحسب القوانين المنظمة لمزاولة المهنة. هذا بالإضافة الى ضرورة اخذ اقرار المريض على الاجراء وتوقيع النماذج في مكان يتم حماية خصوصية المريض فيه.

(*) المادة ٩٦ من القانون المدني

(**) تكون الولاية على النفس للأب ثم الجد العاصب (الجد من ناحية الأب) ثم العاصب حسب ترتيب الارث م٢٠٩ من قانون الأحوال الشخصية رقم ٥١ لسنة

١٩٨٤

(***) القيم هو شخص تعينه المحكمة لإدارة شئون ناقص الأهلية للسفه أو العته أو عديم الأهلية للمجنون.

ماذا نعني بإقرار الموافقة المبني على استبصار ودراية المريض (informed consent)

الإقرار هو موافقة المريض على أن يقوم أفراد الهيئة الطبية بتقديم الرعاية الصحية له. ولكي يكون الإقرار صحيحا وناظدا قانونا فإنه يجب أن تتوافر فيه الشروط التالية:

أ- أن يكون الشخص على قدر ملائم من الدراية والاستبصار والمعرفة سواء كان الشخص هو المريض نفسه أو من يحل محله قانونا، حيث أن رضوخ المريض للإجراء دون معرفة مسبقة بما سيتبع هذا الإجراء يجعل ذلك الإقرار غير صحيح.

ب- أن يكون الشخص كامل الأهلية العقلية وهي المقدرة على فهم واستيعاب المعلومات المقدمة بخصوص الإجراء المقترح ليكون الشخص قادر على الاستفادة من هذه المعلومات لاتخاذ القرارات المناسبة ولفهم تبعات الموافقة من عدمها، بالغال سن الرشد القانوني وهو ٢١ سنة ميلادية كاملة.

ت- ليكون الإقرار صالح وقانوني يجب ان يعطى بكامل الحرية دون ضغوط او اكراه من قبل الطبيب، الأهل، او الأصدقاء للمريض. فمثلا عندما يتم علاج المريض في بيئة تلزمه كرهاً أو لا ارادياً (مثل السجن أو المصحة العقلية)، فإن احتمال ان يكون العلاج المقدم تحت تأثير الإكراه كبير وفي هذه الحالات فإن الإكراه يبطل صلاحية الإقرار. كما ان تهديد المريض بحجب العلاج عنه في حال عدم موافقته أو استخدام صور مشابهة من الإكراه يعد تصرف غير مقبول ايضاً.

إن الإقرار بالموافقة على الإجراء الطبي إما أن يكون غير لفظي، لفظي، أو مكتوب، ومثال على الإقرار الغير لفظي هو عندما تقوم الممرضة بسؤال المريض لعمل إجراء معين فيمد المريض يده لقياس الضغط أو لسحب الدم منه. وايضاً من الممارسات الضرورية والملزمة هنا اخذ الموافقة الخطية من المريض للإجراءات الطبية مثل العمليات الجراحية أو الاشتراك بالأبحاث العلمية أو التصوير الفوتوغرافي.

من المسؤول عن اخذ الموافقة من المريض؟

إن الطبيب (الطبيب المعالج أو من ينوب عنه) / المتخصص الذي سيقوم بعمل الإجراء المحدد هو المسؤول عن اخذ الموافقة من المريض والتأكد من ان المريض قد أعطي إقراراً صالحاً. ويجب أن يكون الطبيب (الطبيب المعالج أو من ينوب عنه) / المتخصص ذو خبرة وكفاءة عالية ليستطيع تحديد مدى حاجة المريض للإجراء الطبي المقترح ومعرفة المخاطر المحيطة بهذا الإجراء ويستطيع شرحها للمريض. كما يمكن أن توكل هذه المهمة لطبيب آخر من أطباء الوحدة مادام مدرباً، وذو كفاءة، وعلى دراية وعلم

كافيين بحالة المريض والإجراء المحدد له وبالمخاطر المصاحبة للإجراء وذلك ليستطيع الإجابة على جميع أسئلة المريض. وعلى الأطباء معرفة حدود كفاءتهم والسعي لأخذ مشورة من هم أكثر معرفة وخبرة بالإجراء المقترح.

ويمكن أيضا لغير الأطباء مثل الهيئة التمريضية تثقيف المريض بصورة عامة عن الإجراء المحدد للمريض والإجابة على أسئلة المريض العامة ولكن على الطبيب (الطبيب المعالج أو من ينوب عنه) /المتخصص استكمال المعلومات والإجابة عن الأسئلة التخصصية الدقيقة.

ما هو قدر المعلومات التي يجب إعطاؤها للمريض ليعتبر على دراية واستبصار؟

قد تتفاوت قدر وتفاصيل المعلومات المقدمة لكل مريض، ولكن على وجه العموم يجب إخبار المريض عن طبيعة مرضه بالإضافة لطبيعة التدخل الطبي والغرض من هذا الإجراء والمخاطر المهمة والجوهرية المتعلقة بهذا الإجراء. هذا بالإضافة للبدائل العلاجية ومخاطر هذه البدائل متضمنة على مخاطر عدم الخضوع للعلاج المقترح وكذلك النتائج المتوقعة بعد عمل الإجراء، وتوثيق ذلك بالملف الطبي للمريض. وعموما فإن الإجراءات التي قد يخضع لها المريض وتتطلب أخذ الموافقة الخطية عليها تشمل العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية أو الفحوص التشخيصية أو علاجات طبية أخرى تحتل درجات متفاوتة من الخطورة.

والمقصود هنا بالمخاطر المهمة أو الجوهرية هي الإصابات الخطيرة المؤقتة أو الدائمة أو الإعاقات التي قد تنجم من التدخل الطبي، ف فيما يخص العمليات الجراحية فإن الوفاة، الشلل، النزف، أو التلقات العدوى هي امثلة على بعض هذه المخاطر المهمة والجوهرية. وبعض الإجراءات قد تشمل مخاطر خاصة متعلقة بهذا الإجراء فعلى سبيل المثال:

بعض العمليات الجراحية قد تشمل مخاطرها على احتمال إصابة الأعضاء والأنسجة المحيطة كما قد تتضمن مخاطرها احتمال فشل العملية لإصلاح الخلل الطبي أو تكون هناك حاجة لإعادة العملية الجراحية مرة أخرى.

وقدر المعلومات المعطاة للمريض تعتمد أيضا على طلب المريض نفسه، فهناك بعض المرضى الذين قد يرفضون تزويدهم بمعلومات حول المخاطر أو قد يرغبون بمعرفة القليل عن العلاج المقترح فإذا تم عرض المعلومات وتم رفضها من قبل المريض فهنا يجب إثبات ذلك بالملف الطبي، وبالرغم من ذلك فقد يقوم المريض بتغيير رأيه مع مرور الوقت. وإذا كانت العملية اختياريه وغير طارئة أو إذا كانت

هناك بدائل غير جراحية فعلى الطبيب تشجيع المريض على معرفة البدائل والمخاطر المتعلقة بالإجراءات المقترحة.

ويجب أن يعطى المريض معلومات عن المخاطر التي من الممكن أن تغير من حكمه، ففي بعض الأحيان النادرة قد يعتقد الطبيب أن إعلام المريض قد يؤدي للإضرار به، وفي جميع الأحوال يجب أن يثبت ذلك بملف المريض ومن المستحسن أن تتم مناقشة هذا الموضوع مع الفريق الطبي الذي يرضى المريض، ولكن بمجرد الاعتقاد بأن المريض قد ينزعج ويتخوف في حال سماعه للمعلومات وأنه قد يرفض العلاج المقدم لا يعتبر مبررا كافيا لعدم إعطاء المريض المعلومات الكافية عن العلاج المقترح.

ومن حق المريض البالغ العاقل رفض العلاج، أو العملية الجراحية أو الفحص الطبي أو التحويل لجهة الاختصاص حتى لو أدى ذلك لعواقب وخيمة. وفي هذه الأحوال فإن الرفض المستنير (informed refusal) يتطلب من الطبيب إخبار المريض عن المعلومات الجوهرية المهمة والتي يحتاج لمعرفتها لاتخاذ القرار المناسب، وعلى الطبيب شرح العواقب المترتبة على الرفض إذا كانت معروفة، فمثلا المريض الذي يتجنب العلاج الخاص بمرض السرطان يجب إخباره بالنتائج التي ستتبع هذا الرفض كما يجب على الطبيب شرح أهمية إجراء فحص معين (رفضه المريض) وإعلام المريض أن المشكلة ستظل غير معروفة وبالتالي لا يمكن علاجها إلا بعمل الفحص المطلوب .

تقدير الحالة العقلية للمريض:

إن أحد شروط إعطاء الموافقة على الإجراء الطبي هو أن يكون المريض بالغ وذو أهلية عقلية، ولكن في حال وجود شك بهذا الأمر فعلى الطبيب تقييم مقدرة المريض على اتخاذ القرارات وهذا التقييم يجب تدوينه بملف المريض. وقد تكون مقدرة المريض على إعطاء الموافقة متأثرة ببعض العوامل مثل الارتباك، الخوف، الصدمة، التعب، الألم أو حتى نتيجة أخذ بعض الأدوية. وقد يكون المريض بحاله عدم أهلية مؤقتة فهنا يجب اعتبار المريض فاقدا للأهلية العقلية.

إذا ثبت أثناء تقييم الحالة العقلية للمريض أنه غير مؤهل عقليا لاتخاذ قرارا مستنيرا، ولم يكن من يحل محل المريض قانونا موجودا لإعطاء الموافقة فكان للطبيب المعالج حق اتخاذ قرار علاج المريض في الحالات الطارئة التي تستلزم عمل إجراء طبي في الحال بما يخدم مصلحة المريض، وعلى الطبيب أن يوثق تفاصيل العلاج ويبرر ذلك كتابة بنموذج تطور الحالة ضمن ملف المريض.

وإذا كان لدى المريض أي علامة توحي بأنه سيشكل خطراً أو يهدد نفسه أو للآخرين نتيجة مرض عقلي واضح أو مشتبه به، فعلى أحد أفراد الفريق الطبي إبلاغ الأهل لإقناع المريض لتقبل العلاج ومحاولة إبقاء المريض بالمستشفى قدر الاستطاعة.

إذا لم يتمكن الطاقم الطبي من تقييم الحالة العقلية للمريض إذا ما كانت نتيجة مرض عقلي أو لصعوبات التعلم، عندئذ يمكن الاستعانة بأطباء من تخصص الطب النفسي لاختصاص النصيحة أو لتقييم الحالة وهذا التقييم يجب أن يحدد الحاجة للحجر على حق المريض من عدمه، وذلك حسب القوانين المنظمة لذلك.

للمريض أيضاً الحق في التواصل مع الآخرين لتوضيح قراراته المتعلقة برعايته الصحية، ويجب عدم الاستهانة بقدرة المريض على التواصل مهما كانت حالته وعلى مقدمي الخدمة اتخاذ كافة السبل لتسهيل مهمة التواصل مع المريض.

إذا كان المريض يملك الأهلية العقلية ولكنه لا يستطيع القراءة أو الكتابة فيمكن للمريض أن يضع علامة (بصمة) على نموذج الإقرار يستدل بها على موافقته. ومن الممارسات الضرورية هنا هي أن يشهد شخص آخر على هذه العلامة غير الطبيب المعالج، وفي نفس السياق إذا كان المريض مؤهل عقلياً ولكنه غير قادر جسمانياً على التوقيع، فيجب إثبات ذلك بنموذج الإقرار وبملف المريض وأن يقوم أحد المخولين بالتوقيع على نموذج الإقرار.

استخدام الوسائل السمعية والبصرية والمكتوبة للشرح

إن استخدام الوسائل السمعية والبصرية ممكن أن تساعد شرح الطبيب وتقلل من الوقت المستخدم الذي يقضيه الطبيب لشرح الإجراء، لكنها لا تستبدل المقابلة الشخصية والشرح المباشر. وفي أغلب الأحيان فإن وجود مادة مكتوبة تشرح الإجراء الطبي يعد من الممارسات الحسنة حيث أن الكثير من المرضى لا يستطيعون تذكر الكثير مما قد يشرحه الطبيب، فوجود ورقة تشرح الإجراء بصورة بسيطة وتلخص النقاط المهمة التي تم مناقشتها يعطي المرضى فرصة أخرى لمراجعة الإجراء قبل اتخاذ القرار النهائي.

ما هي مدة صلاحية الإقرار؟

بالنسبة للإجراءات التي تتطلب عملها لمرة واحدة فقط فإن الإقرار يكون ساري الصلاحية لمدة غير محددة أثناء فترة دخول المريض وخلال تواجده بالمستشفى. ويعتبر الإقرار منتهي الصلاحية في الحالات التالية:

- عند خروج المريض،
- إذا تم سحب الإقرار بالموافقة من قبل المريض نفسه أو من يحل محله قانوناً،

- إذا استجبت أمور ومعلومات جديدة ذات علاقة بحالة المريض أو بالإجراء المقترح،
- إذا أتيحت خيارات أخرى للعلاج.

ففي هذه الحالات يجب على الطبيب إشعار المريض وإعادة أخذ الموافقة منه.

أما بالنسبة للإجراءات التي سيتم عملها بالعيادات الخارجية أو عمليات اليوم الواحد، والتي لا تستدعي دخول المريض للمستشفى، فستكون صلاحيتها سارية ما لم يستجد ما يلغي ذلك. وفيما يتعلق بالإجراءات الطبية المتكررة مثل التعرض للعلاجات الإشعاعية أو الكيماوية أو الغسيل الكلوي المتكرر، ففي هذه الأحوال يجب اخذ موافقة المريض قبل الشروع بأول جلسة علاجية فقط بدون الحاجة لأخذ الموافقة للجلسات العلاجية التالية ما لم تكن هناك مستجدات بحالة المريض أو الإجراء المقترح.

وفي جميع الأحوال فإنه يجب على الطبيب / المتخصص إعطاء المريض المعلومات المطلوبة وتبصيره بالإجراء المحدد خلال فترة زمنية معقولة وعدم استعجاله للقيام بالإجراء المطلوب حتى لا ينقص ذلك من شروط الإقرار الصحيح وهو ان يعطى طوعية دون ضغوط من قبل الطبيب.

إقرار المريض في الحالات الطارئة

نقصد بالحالات الطارئة الحالات الطبية الحادة والمستعجلة والتي تتطلب التدخل الطبي العاجل حيث ان التأخر في التدخل لعلاج المريض يمكن ان يؤدي لتهديد صحة المريض او الاعاقة الخطيرة لوظائف وأنشطة الجسم او الاعضاء.

إذا كان الإجراء الطبي ضروريا إجراؤه في الحال وكان المريض في ظروف تجعله لا يستطيع التعبير عن إرادته وكان من المتعذر الحصول فورا على رضاء من محل المريض قانونا كان للطبيب القيام بالإجراء الطبي أو الجراحي المطلوب دون الحاجة للحصول على أي رضاء (المادة ٣٠ من قانون الجراء الكويتي)، على ان يبرر ذلك كتابة بملف المريض ضمن نموذج تطور الحالة.

رفض الاقرار

في حال رفض المريض اعطاء الموافقة طوعية على الإجراء المحدد له، عندئذ يجب احترام رأي المريض حتى لو أدى ذلك لضرره صحيا. وللمريض الحق في سحب الإقرار في اى وقت وحتى حين تنفيذ الإجراء) بحيث يقوم المريض برفض مواصلة العلاج ويطلب إيقافه) . ومن الممارسات الحسنة هنا وقف الإجراء والتعرف على هواجس المريض وإيضاح تبعات عدم استكمال الإجراء له. ففي بعض الأحيان يكون اعتراض المريض ناتج عن الآلام التي يعاني منها والتي يقوم بالتعبير عنها برفض

الإجراء. وطمأنة المريض في هذه الاحوال قد تؤدي لتقبل واستكمال الإجراء بموافقة، اما اذا كان وقف تنفيذ الإجراء قد يضر ويهدد حياة المريض ففي هذه الحالة يحق للطبيب استكمال الإجراء لحين انتهاء مواطن الخطورة.

ما هي الإجراءات التي تتطلب اخذ موافقة المريض الخطية عليها:

يجب أخذ موافقة المريض الخطية قبل الشروع بعمل الإجراءات التالية:

- الإجراءات الطبية الكبرى أو الصغرى والتي تتطلب الدخول أو النفاذ للجسم إما من خلال عمل فتحة بالجلد أو من خلال أحد الفتحات الطبيعية بالجسم.
- الإجراءات التي تتطلب إدخال جهاز أو جسم غريب بجسم المريض لعمل الفحوص او العلاج ومثال على ذلك:

- سحب السوائل من الجسم أو اخذ عينات من الأنسجة من خلال عمل فتحة بالجلد (اخذ عينات من المثانة، الكبد، العظم، الغدد اللمفاوية، العصب).
- عمل القسطرات القلبية أو الوعائية (الأوعية الدموية).
- عمل مختلف أنواع المناظير باستخدام المهندات (مثل منظار الرئة، المعدة، زراعة جسم غريب بالجسم).

- جميع الإجراءات التي تتطلب استخدام التخدير أو المهندات سواء استدعى ذلك النفاذ لجسم الإنسان من عدمه (مثال التخدير العام، التخدير الموضعي، تخدير عصب محدد، العمليات الكبرى أو الصغرى).

- الإجراءات الطبية الغير جراحية، المتضمنة على استخدام الأدوية والتي تحتل حدوث مضاعفات ومخاطر ولو بسيطة او يمكن ان تؤدي لتغيير بنية الجسم (مثال على ذلك استخدام أدوية العلاج الكيماوي).

- الإجراءات الطبية التداخلية سواء كانت تشخيصية أو علاجية.

- العلاجات الإشعاعية.

- العلاج بالصدمات الكهربائية للمخ.

- الحقن الوريدي للمواد الصبغية.

- نقل الدم ومشتقاته

- كل إجراء آخر يتطلب إعطاء شرح تفصيلي للمريض - حسب ما يحدده الفريق الطبي - وفي حالات الشك من ضرورة اخذ الموافقة لاي إجراء من عدمه، عندئذ يجب اخذ الموافقة الخطية من المريض.

ويستثنى من هذه الإجراءات، إجراءات سحب الدم العادية أو إعطاء العلاج المعتاد بواسطة الوريد.

وبناء على الارشادات السابقة، يجب على كل مؤسسة صحية تحديد الإجراءات التي تتطلب اخذ موافقة المريض الخطية عليها وتوثيقها ضمن سياسات إقرارات المرضى بالمؤسسة الصحية.

واجبات الفريق الطبي للتأكد من استكمال نماذج الإقرار

- من واجبات الطبيب (الطبيب المعالج أو من ينوب عنه) / المتخصص التأكد من وجود واستكمال كافة بيانات نماذج إقرارات المرضى بالموافقة على إجراء التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي ونماذج التخدير وإقرارات الرفض مع التأكد من وجود توقيع المريض بالإضافة لتوقيع الطبيب / المتخصص بإجراء التدخل الطبي المقترح وذلك قبل الشروع بعمل الإجراء المقترح للمريض.
- في جميع الأحوال يجب عدم إجراء اي تدخل طبي غير عاجل (يستدعي اخذ إقرار المريض عليه) بدون اخذ الموافقة الخطية المسبقة من المريض او من يحل محله قانونا. اما للحالات التي تم تخدير المريض فيها مع السهو بأخذ الإقرار منه فيجب تأجيل الاجراء لحين استفاقته اذا كانت حالة المريض تسمح بذلك ففي هذه الحالة تكون مسؤولية الطبيب / المتخصص الذي سيقوم بعمل الإجراء التأكد من ان المريض قادر على اتخاذ القرار الخاص برعايته الصحية، كما عليه اثبات ذلك بملف المريض، و يفضل مرور 4-6 ساعات من وقت اعطاء آخر جرعة مخدرة / مهدنة قبل التوقيع على الإقرار.
- من واجبات الهيئة التمريضية التأكد من وجود نموذج إقرار المريض الكامل بملف المريض قبيل المباشرة بعمل التدخل الطبي المقترح للمريض، وفي حال عدم اكتمال النموذج، فعلى كادر الهيئة التمريضية إبلاغ الطبيب / المتخصص بهذا الأمر والذي عليه استكمال النموذج مع المريض بعد إعطائه الشرح والمعلومات الكافية التي تتحقق معها شروط صحة الإقرار. وفي حال ان المريض لديه تحفظات او انه قد تراجع عن موافقته على الإجراء، عندئذ يجب ابلاغ الطبيب المعالج بأسرع وقت قبل الشروع بالإجراء.
- على أفراد الهيئة التمريضية والسجلات الطبية التأكد من وجود نسخ كافية من نماذج إقرارات المرضى بالأجنحة والعيادات الخارجية والأقسام الأخرى، والعمل على استكمال ما نقص منها بشكل دوري.

- يمكن تصوير نماذج إقرارات المرضى في حال نقص الكميات المتوفرة بالمؤسسة الصحية.
- من واجبات قسم السجلات الطبية بالمؤسسات الصحية (من خلال اعمال مكتب تحليل الملف الطبي) مراجعة مدى استكمال نماذج إقرارات المرضى المختلفة ورفع تقارير دورية بنواقص النماذج لرئيس القسم المعني ومدير المؤسسة.

ما هي الإجراءات المتبعة في حال حاجة المريض لإجراء تدخل طبي تشخيصي / علاجي من قبل أكثر من طبيب معالج أو مختص في نفس الوقت؟

في حال حاجة المريض لإجراء التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي من قبل أكثر من فريق طبي مختص في نفس الوقت، فهنا تقع المسؤولية على عاتق كل فريق من الأطباء/ المتخصصين لتقديم المعلومات الخاصة بالإجراء المقترح مع شرح كافة المخاطر والبدائل والفوائد المترتبة على هذا الإجراء وذلك كل حسب تخصصه، وإن يقوم كل مختص بالتوقيع على نموذج الإقرار بالإضافة لتوثيق المناقشة التي تمت بينه وبين المريض بملف المريض ضمن نماذج تطور الحالة (progress notes).

ارشادات اخذ اقرار الموافقة على الاجراء الطبي التشخيصي/العلاجي:

إن المسؤولية القانونية تقع على عاتق الطبيب (الطبيب المعالج أو من ينوب عنه) / المتخصص لإبلاغ وشرح الحالة والإجراء الطبي المقترح للمريض مع شرح الغرض من هذا الإجراء والمخاطر المحيطة بعمل هذا التدخل والبدائل الممكنة له.

إن الطبيب المعالج / المتخصص هو المسؤول عن استكمال نماذج إقرارات المرضى بالبيانات التالية: -

أ- البيانات التعريفية للمريض:

- تدوين اسم المريض الرباعي
- تدوين الرقم المدني للمريض
- تدوين تاريخ ميلاد المريض
- تدوين اسم المؤسسة الصحية.
- تدوين رقم الملف الطبي.
- تدوين تاريخ دخول المريض.
- تدوين بيانات القسم / الجناح/ رقم الغرفة / رقم السرير.
- تدوين اسم الطبيب المسؤول

ب- كتابة اسم المريض الرباعي بالفقرة المقررة لذلك.

ت- كتابة واستكمال الفقرة التي تشرح الحالة الصحية أو المرضية التي يعاني منها المريض.

- ث- كتابة الغرض والفائدة المرجوة من عمل الإجراء المقترح.
- ج- كتابة البدائل المتوفرة للإجراء المقترح بمضاعفاتها إن وجدت.
- ح- تدوين المخاطر المترتبة على عدم إجراء التدخل المقترح للمريض.
- خ- شرح كافة المخاطر المحيطة بالإجراء المقترح حسب أهميتها وخطورتها ونسبة حدوثها، ولهذا الغرض يمكن إعداد ورقة تنقيفية تشرح كافة البيانات المطلوبة، يتم تزويد المريض بها مع توثيق المناقشة التي تمت ضمن نماذج الملف الطبي للمريض بنموذج تطور الحالة الصحية (progress notes).
- د- شرح الإجراءات الغير متوقعة الأخرى التي قد يحتاج الطبيب المتخصص القيام بها أثناء عمل التدخل الطبي والتي لم يكن معلوم الحاجة لها وقت إعطاء الموافقة.
- ذ- اخذ موافقة المريض على إجراء نقل الدم له إذا استدعت الحاجة لذلك، مع شرح فوائد نقل الدم والمخاطر المحيطة بهذا الإجراء بالإضافة للآثار المترتبة على رفض أخذ الدم.
- ر- التأكد من وجود توقيع المريض بالموافقة أو عدم الموافقة على إجراء نقل الدم في المكان المحدد لذلك.
- ز- في حال عدم الحاجة لإجراء نقل الدم للمريض، يتم تدوين ذلك بالمكان المخصص له مع التوقيع من قبل الطبيب.
- س- اخذ موافقة المريض على التصوير الفوتوغرافي للإجراء التشخيصي أو العلاجي أو البحثي عند الحاجة لذلك، والتأكد من وجود توقيع المريض بالفقرة المحددة لذلك سواء في حال الموافقة أو الرفض.
- ش- في حال عدم الحاجة لتصوير المريض أو الإجراء العلاجي، يرجى تدوين ذلك بالمكان المخصص له مع التوقيع من قبل الطبيب /المتخصص.
- ص-التأكد من وجود اسم المريض الرباعي أو من يحل محله قانونا وتوقيعه، مع تدوين تاريخ و وقت اخذ الموافقة.
- ض-إذا تم التوقيع على نماذج الإقرارات من قبل شخص آخر غير المريض لاي سبب كان، الرجاء التأكد من استكمال الفقرة الخاصة بذلك مع ذكر أسباب عدم توقيع المريض بنفسه والعلاقة بين المريض ومن قام بالتوقيع.
- ط- في حال الحاجة للاستعانة بمن يقوم بشرح الإجراء بلغة يفهما المريض، يرجى التأكد من وجود اسمه الرباعي مع التوقيع على نموذج الإقرار بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.
- ظ- في حال عدم الحاجة لمن يقوم بشرح الحالة بلغة يفهما المريض يرجى شطب السطر المحدد لذلك.

- ع- على الطبيب /المتخصص كتابة اسمه بحروف واضحة مع التوقيع والختم على الفقرة المخصصة لذلك بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.
- غ- يرجى التأكد من استكمال بيانات الشاهد (الاسم الرباعي والتوقيع) مع تدوين بيانات التاريخ والوقت.

يجب علي الطبيب المعالج / المتخصص استكمال نماذج إقرارات المرضى بخط واضح ومقروء وعدم استخدام المختصرات الطبية.

يمكن لاي فرد من الهيئة الطبية (غير الطبيب المعالج /المتخصص) مثل طلبة الطب، الهيئة التمريضية، السكرتارية أو احد أقرباء المريض التوقيع على نموذج الإقرار كشاهد، حيث ان توقيع الشاهد يؤكد حدوث شرح الاجراء بحضوره ولا يعنى تحمل مسؤولية إعطاء البيانات والمعلومات الخاصة بالإجراء للمريض.

ارشادات أخذ إقرار الموافقة على إجراءات التخدير/المهدئات:

- في الحالات التي يكون فيها طبيب التخدير هو الشخص المعني بعمل الإجراءات التخديرية، فالمسؤولية هنا تقع عليه لأخذ موافقة المريض على هذه الإجراءات، بعد مناقشة الفوائد والمخاطر والبدائل المرتبطة بعمل هذه الإجراءات.
- على طبيب التخدير شرح الإجراءات التخديرية المقررة للمريض عند زيارته للعيادة الخارجية في عيادات التخدير (Anesthesia Clinic)، او في الجناح، ويفضل تزويد المريض بنسخة مكتوبة تشرح الإجراءات التخديرية المقررة له، كما يجب إعطاء المريض الفرصة لمناقشة هذه الإجراءات والتوقيع على الإقرار لاحقاً. حيث ان الاقتصار على شرح الإجراءات التخديرية للحالات الغير طارئة عند زيارة طبيب التخدير اثناء "Pre-operative visit" فقط يعتبر إجراء غير مقبول، ويخل بشروط اخذ الموافقة التي تتطلب إعطاء المعلومات والوقت الكافيين للمريض لاتخاذ القرار المناسب.
- من واجب طبيب التخدير التأكد من استكمال بنود نموذج الموافقة على التخدير/المهدئات كما يجب توثيق ما تم مناقشته مع المريض ضمن نماذج التخدير بملف المريض.
- في الحالات التي يكون فيها الطبيب المعالج هو الشخص المعني بعمل إجراءات التخدير/المهدئات عندئذ يكون هو المسؤول عن اخذ موافقة المريض واستكمال نموذج إقرار

الموافقة على إجراء التخدير/المهدئات. فعلى سبيل المثال عندما يقوم الجراح بإجراء التخدير الموضعي فعندئذ تكون مسؤوليته شرح الإجراء التخديري للمريض وتعبئة النموذج.

مسؤولية طبيب التخدير التأكد من استكمال بنود نماذج إقرارات المرضى لإجراءات التخدير /المهدئات بالبيانات التالية:

أ- البيانات التعريفية للمريض:

- تدوين اسم المريض الرباعي
- تدوين الرقم المدني للمريض
- تدوين تاريخ ميلاد المريض
- تدوين اسم المؤسسة الصحية.
- تدوين رقم الملف الطبي.
- تدوين تاريخ دخول المريض.
- تدوين بيانات القسم / الجناح / رقم الغرفة / رقم السرير.
- تدوين اسم الطبيب المسؤول

ب- كتابة اسم المريض الرباعي بالفقرة المقررة لذلك.

ت- كتابة واستكمال الفقرة الخاصة بالإجراء التخديري/ المهدئات المناسبة لحالة المريض، مع شرح الغرض والفائدة من عمل الإجراء المقترح.

ث- شرح كافة المخاطر المحيطة بالإجراء المقترح للتخدير / المهدئات حسب درجة خطورة حالة المريض وحسب الأهمية ونسبة حدوث هذه المخاطر، ولهذا الغرض يمكن إعداد ورقة تنقيفية تشرح كافة البيانات يزود بها المريض ويتم توثيق ذلك ضمن نماذج التخدير بالملف الطبي للمريض.

ج- شرح التصنيف العالمي لدرجة اللياقة الطبية للمريض وأهمية ذلك وتأثيره على نتائج عملية التخدير.

ح- شرح كافة التدخلات الطبية الطارئة والتي قد يلجأ لها الطبيب لإنقاذ حياة المريض أثناء إعطاء المخدر /المهدئ.

خ- التأكد من المريض او من يحل محله قانونا عن كافة الأمراض التي يعاني منها بالإضافة للأدوية التي يتعاطاها والتي من الممكن ان تؤثر على نتائج وسير عملية التخدير/المهدئات.

د- في حال عدم معرفة ممثل المريض بتفاصيل حالة المريض او الادوية التي يستخدمها بانتظام، يقوم ممثل المريض بالتوقيع في المكان المحدد لذلك.

ذ- التأكد من وجود الاسم الرباعي للمريض أو من يحل محله قانونا والتوقيع، مع تدوين تاريخ ووقت اخذ الموافقة.

ر- إذا تم التوقيع على نماذج الإقرارات من قبل شخص آخر غير المريض لاي سبب كان، فيجب التأكد من استكمال الفقرة الخاصة بذلك مع ذكر أسباب عدم توقيع المريض بنفسه والصلة بين المريض ومن قام بالتوقيع.

ز- في حال الحاجة للاستعانة بمن يقوم بشرح الإجراء بلغة يفهمها المريض، يرجى التأكد من وجود اسمه الرباعي مع التوقيع على نموذج الإقرار بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت. س- في حال عدم الحاجة لمن يقوم بشرح الحالة بلغة يفهمها المريض يرجى شطب السطر المحدد لذلك.

ش- على طبيب التخدير كتابة اسمه بحروف واضحة مع التوقيع والختم بالفقرة المخصصة لذلك بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.

ص- يرجى التأكد من استكمال بيانات الشاهد (الاسم الرباعي والتوقيع) مع تدوين بيانات التاريخ والوقت.

يجب علي طبيب التخدير استكمال نماذج إقرارات المرضى على إجراء التخدير/ المهدنات بخط واضح ومقروء وعدم استخدام المختصرات الطبية.

يمكن لاي فرد من الهيئة الطبية (غير طبيب التخدير) مثل طلبة الطب، الهيئة التمريضية، السكرتارية أو احد أقرباء المريض التوقيع على نموذج الإقرار كشاهد، حيث ان توقيع الشاهد يؤكد حدوث شرح الاجراء بحضوره ولا يعنى تحمل مسؤولية إعطاء البيانات والمعلومات الخاصة بالإجراء للمريض.

رفض الرعاية الصحية ضد النصح الطبي

هي الحالات التي يرفض فيها المريض او من يحل محله قانونا بدء أو استكمال العلاج الطبي وذلك ضد القرار الطبي لأفراد الفريق المعالج والذي ينص على حاجة المريض للرعاية الطبية الضرورية. ونقصد بالرعاية الطبية: حاجة المريض للتقييم، للعلاج، او للنقل والتحويل لجهة طبية اخرى.

يجب العلم انه من حق المريض البالغ / العاقل اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحته وحالته المرضية، ورفض العلاج رغم النصح الطبي يعد احد حقوق المريض. وكما سبق، لكي يكون للمريض الحق برفض العلاج ضد النصح الطبي فهناك شروط محددة يجب ان تتوافر بالمريض او من يمثلته وهذه الشروط هي:

- أن يكون المريض او من يحل محله قانونا بالغا سن الرشد القانوني وهو ٢١ سنة ميلادية كاملة.
- أن يكون المريض او من يحل محله قانونا ذو أهلية عقلية (ويقصد بذلك المقدرة على فهم واستيعاب المعلومات المقدمة له ليكون الشخص قادرا على الاستفادة من هذه المعلومات لاتخاذ القرارات المناسبة وفهم تبعات الموافقة من عدمها).

ومن هذا المنطلق فحين يقوم المريض برفض العلاج المقرر له، على مقدمي الرعاية الصحية تحديد الكفاءة العقلية للمريض بحرص ودقة والتأكد من عدم تأثير امراضه الجسمانية على القدرة العقلية أو الادراكية له ومثالا على تلك الامراض:

- الاعراض الحيوية الغير مستقرة والتي من الممكن ان تؤثر على الدورة الدموية او تزويد الاكسجين للمخ.
- وجود دليل على استخدام الكحوليات او المخدرات.
- وجود دليل على اصابة الرأس.
- الحالات الطبية التي تؤثر على مستوى الوعي لدى المريض.
- حالة الصدمات نتيجة اي مسببات طبية.

ولكي يعتبر إقرار المريض صالحا وقانونيا يجب ان يتم عن دراية واستبصار، ونعني بذلك حصول المريض على قدر كاف من المعلومات ليستطيع اعطاء القرار الصحيح الخاص برعايته الصحية وان يفهم طبيعة وتبعات الموافقة او الرفض كما يجب اعطائه الفرصة الكافية لطرح الاسئلة. ان المعلومات التي يجب ان تعطى للمريض والمتعلقة بحالته يجب ان تشمل على:

- طبيعة المرض والعلاج المحدد له.
- فوائد العلاج المحددة.
- المخاطر المحيطة بالعلاج مشتملة على المضاعفات المهمة والمحتملة.
- تبعات عدم الحصول على الرعاية او العلاج / الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية اخرى
- البدائل العلاجية وما يحيطها من مخاطر.

حالات رفض الرعاية الصحية ضد النصح الطبي تشمل:

- رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجي
- رفض إجراء التخدير / المهدئات
- الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية أخرى

رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجي

في الحالات التي يقرر فيها المريض البالغ، والعاقل (أو من يحل محله قانوناً) رفض العلاج المقرر له، عندها يجب على الفريق الطبي المعالج اتخاذ التدابير والخطوات التالية وتوثيق الظروف المحيطة برفض المريض:

- ١- تقييم الحالة الصحية للمريض على قدر الاستطاعة.
 - ٢- توثيق التاريخ المرضي ونتائج الفحص الجسماني مع المحاولة لتوثيق أكبر قدر ممكن من البيانات.
 - ٣- تحديد الرعاية الطبية الملائمة لحالة المريض مشتملة على العلاج أو التحويل.
- إذا استمر المريض برفض الرعاية الصحية، عندئذ يجب على الطبيب المعالج أو من ينوب عنه اتخاذ الخطوات التالية مع التوثيق:

- أ- محاولة اقناع المريض بمدى حاجته للرعاية الطبية المحددة له وشرح تبعات قراره برفض العلاج.
 - ب- محاولة تحديد اسباب رفض المريض للعلاج.
 - ت- في حال اصرار المريض (أو من يحل محله قانوناً) على الخروج وقرر المغادرة أو قرر رفض النقل والتحويل لجهة طبية أخرى فيجب على الطبيب المعالج (أو من ينوب عنه) الطلب من المريض تعبئة نموذج "إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجي" وأن يشهد على ذلك أحد أفراد الطاقم الطبي.
 - ث- في حال رفض المريض (أو من يحل محله قانوناً) التوقيع على نموذج "إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجي" فهنا يجب على الطبيب المعالج (أو من ينوب عنه) توثيق الرفض بنموذج تطور الحالة (Progress Notes) ضمن ملف المريض والتأكد من وجود شاهد من أحد أفراد الطاقم الطبي على المناقشة مع المريض. على أن يتضمن التوثيق البنود التالية:
- رفض المريض (أو من يحل محله قانوناً) التوقيع على النموذج
 - قيام الطبيب بشرح:

➤ الحالة الصحية للمريض وحاجته للرعاية الطبية المحددة.

➤ المخاطر الناتجة عن قراره برفض العلاج.

▪ وقت وتاريخ المناقشة مع المريض

▪ توقيع الطبيب والشاهد

- ج- في حال قيام من يحل محل المريض قانونا (الولي الشرعي على النفس)* برفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي لابنه القاصر، عندئذ يجب على الطبيب المعالج احترام رأي الولي إذا لم يكن للطبيب أي سبب يجعله يشك بوجود اعتداء جسدي، وإن يطلب من الولي التوقيع على "نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي".
- ح- يمكن مصادرة حق المريض (أو من يحل محله قانونا) في حال رفض العلاج إذا كانت حالة المريض طارئة وتهدد حياته وتستدعي التدخل الطبي الفوري. (المادة ٣٠ من قانون الجزاء الكويتي)**.

إجراءات تعبئة نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي:

- إذا كان المريض قد وقع مسبقاً على نموذج الإقرار بالموافقة على إجراءات التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي ولكنه قد أبدل رأيه، عندها يجب على الطبيب المعالج / المتخصص إثبات ذلك بملف المريض ضمن نموذج تطور الحالة (progress notes) و بنموذج الموافقة على الإقرار بالمكان المخصص لذلك، وإن يقوم المريض بالتوقيع على نموذج "إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي".
- في حال رفض المريض لعمل الإجراء الطبي بداية، عندئذ يقوم الطبيب المعالج / المتخصص بتعبئة نموذج "إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي" مع التأكد من استيفاء البيانات التالية:

أ- البيانات التعريفية للمريض:

- تدوين اسم المريض الرباعي
- تدوين الرقم المدني للمريض
- تدوين تاريخ ميلاد المريض
- تدوين اسم المؤسسة الصحية.
- تدوين رقم الملف الطبي.
- تدوين تاريخ دخول المريض.
- تدوين بيانات القسم / الجناح/ رقم الغرفة / رقم السرير.
- تدوين اسم الطبيب المسؤول

(*) الولي الشرعي على النفس هو الأب أو الجد العاصب ثم العاصب حسب ترتيب الارث م ٢٠٩ من قانون الاحوال الشخصية رقم ٥١ لسنة ١٩٨٤.

(**) تنص م ٣٠ من قانون الجزاء "ولا حاجة لأي رضاء إذا كان العمل الطبي أو الجراحي ضروريا اجراؤه في الحال أو كان المريض في ظروف تجعله لا يستطيع التعبير عن ارادته وكان من المتعذر الحصول فورا على رضاء ولي النفس"

- ب- كتابة اسم المريض الرباعي بالفقرة المقررة لذلك.
- ت- شرح وتدوين الإجراء الطبي الذي تم رفضه من قبل المريض أو من يحل محله قانوناً.
- ث- شرح وتدوين المخاطر والمضاعفات المترتبة على رفض الإجراء المحدد وتأثير ذلك على حياة المريض.
- ج- شرح وتدوين فوائد القيام بالإجراء المقترح وتأثيره على حياة وصحة المريض.
- ح- تدوين أسباب رفض الإجراء حسب أقوال المريض أو من يحل محله قانوناً.
- خ- تدوين الاسم الرباعي للمريض أو من يحل محله قانوناً مع التوقيع.
- د- تدوين التاريخ والوقت.
- ذ- في حال التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض لاي سبب كان، يرجى التأكد من استكمال الفقرة الخاصة بذلك مع ذكر أسباب عدم توقيع المريض بنفسه والصلة بين المريض والشخص الذي قام بالتوقيع.
- ر- في حال الحاجة للاستعانة بمن يقوم بشرح الإجراء بلغة يفهمها المريض، يرجى التأكد من وجود اسمه الرباعي مع التوقيع على نموذج الإقرار بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.
- ز- في حال عدم الحاجة لمن يقوم بشرح الحالة بلغة يفهمها المريض يرجى شطب السطر المحدد لذلك.
- س- على الطبيب المعالج / المتخصص كتابة اسمه بحروف واضحة مع التوقيع والختم على الفقرة المخصصة لذلك بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.
- ش- يرجى التأكد من استكمال بيانات الشاهد (الاسم الرباعي والتوقيع) مع تدوين بيانات التاريخ والوقت.
- يجب علي الطبيب / المتخصص استكمال النموذج بخط واضح ومقروء وعدم استخدام المختصرات الطبية.
- يمكن لاي فرد من الهيئة الطبية (غير الطبيب المعالج / المتخصص) مثل طلبة الطب أو الهيئة التمريضية التوقيع على نموذج الإقرار كشاهد، حيث ان توقيع الشاهد يؤكد حدوث الرفض وقيام الطبيب بإعطاء الشرح اللازم للمريض (من يحل محله قانوناً) بحضوره، ولا يعني تحمل مسؤولية إعطاء البيانات والمعلومات الخاصة بالإجراء للمريض.

- في حال رفض المريض لجزء معين من العلاج وقبله للباقي، فمن واجب الطبيب متابعة تقديم الرعاية الصحية للمريض على البنود التي قد وافق عليها، ويجب ان يعرف الطبيب ان من حق المريض ابدال رأيه وقبول العلاج المقترح لاحقاً كما يجب على الطبيب نصح المريض وشرح ذلك له.
- في حال قيام المريض برفض جزء من العلاج وقبله جزء آخر، عندئذ يجب شرح تبعات هذا الرفض للمريض. اما في حال اعتقاد الطبيب واجزامه بأنه لن يستطيع القيام بالإجراء المحدد بصورة آمنة حسب شروط المريض، فالطبيب غير ملزم بالقيام بالإجراء ولكن عليه متابعة تقديم رعايته للمريض. وفي حال وجود طبيب آخر يستطيع القيام بالإجراء المحدد بصورة آمنة حسب شروط المريض، عندئذ يجب تحويل المريض ليكون تحت رعاية الطبيب الآخر.

رفض إجراء التخدير / المهدئات

في حال رفض المريض لإجراءات التخدير أو اخذ المهدئات أو رفض التوقيع على نموذج إقرار رفض التخدير / المهدئات عندها يتم اتباع نفس الخطوات والإجراءات المتخذة في حالات رفض الإجراءات الطبية التشخيصية/ العلاجية ولكن باستخدام نموذج إقرار رفض إجراء التخدير/ المهدئات.

الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية أخرى

في الحالات التي يقرر فيها المريض البالغ، والعاقل (أو من يحل محله قانوناً) الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية أخرى، عندها يجب على الفريق الطبي المعالج اتخاذ التدابير والخطوات التالية وتوثيق الظروف المحيطة برفض المريض:

أ- تقييم الحالة الصحية للمريض على قدر الاستطاعة.

ب- توثيق التاريخ المرضي ونتائج الفحص الجسماني مع المحاولة لتوثيق أكبر قدر ممكن من البيانات.

ت- تحديد الرعاية الطبية الملائمة لحالة المريض مشتملة على العلاج أو التحويل.

إذا استمر المريض في طلبه للخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية أخرى، عندئذ يجب على الطبيب المعالج أو من ينوب عنه اتخاذ الخطوات التالية مع التوثيق:

أ- محاولة اقناع المريض بمدى حاجته للرعاية الطبية المحددة له أو للتحويل لجهة طبية أخرى.

ب- شرح مخاطر الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل.

ت- محاولة تحديد ومعرفة أسباب طلب المريض الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل.

ث- الاتصال بموظف العلاقات العامة.

ج- في حال اصرار المريض (أو من يحل محله قانوناً) على الخروج وقرر المغادرة أو قرر رفض

النقل والتحويل لجهة طبية أخرى فيجب على الطبيب المعالج (أو من ينوب عنه) الطلب من

المريض تعبئة نموذج " إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل " وإن يشهد على ذلك أحد أفراد الطاقم الطبي.

ح- يجب أن يعرض على المريض الذي اختار الخروج ضد النصح الطبي جميع إجراءات (ترتيبات)

الخروج والتي كان سيتم تحديدها للمريض بعد انتهاء فترة علاجه بالمؤسسة وهي تشمل تسليمه

نسخه من ملخص الخروج بالإضافة لقائمة الأدوية المحدثة، واعطاء الأدوية مع إرشادات

استخدامها، وإرشادات متابعة الحالة وإعلام المريض انه من حقه الرجوع للمؤسسة الصحية في أي وقت لتلقي أو استكمال العلاج المحدد له.

خ- في حال رفض المريض (أو من يحل محله قانوناً) التوقيع على نموذج "إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل" فهذا يجب على الطبيب المعالج (أو من ينوب عنه) توثيق الرفض بنموذج تطور الحالة (Progress Notes) ضمن ملف المريض والتأكد من وجود شاهد من أحد أفراد الطاقم الطبي على المناقشة مع المريض. على أن يتضمن التوثيق البنود التالية:

- رفض المريض (أو من يحل محله قانوناً) التوقيع على النموذج
- قيام الطبيب بشرح:

➤ الحالة الصحية للمريض (أو من يحل محله قانوناً) وحاجته للرعاية الطبية المحددة أو للتحويل لجهة طبية أخرى.

➤ مخاطر الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل.

- وقت وتاريخ المناقشة مع المريض
- توقيع الطبيب والشاهد

د- في حال قيام من يحل محل المريض قانوناً (الولي الشرعي على النفس) * بإخراج ابنه القاصر أو قام برفض نقل أو تحويل الابن لجهة طبية أخرى، عندئذ يجب على الطبيب المعالج احترام رأي الولي إذا لم يكن للطبيب أي سبب يجعله يشك بوجود اعتداء جسدي، وأن يطلب من الولي التوقيع على "إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل".

ذ- يمكن مصادرة حق المريض (أو من يحل محله قانوناً) في حال رفض العلاج إذا كانت حالة المريض طارئة وتهدد حياته وتستدعي التدخل الطبي الفوري. (المادة ٣٠ من قانون الجزاء الكويتي) **.

(*) الولي الشرعي على النفس هو الأب أو الجد العاصب ثم العاصب حسب ترتيب الارث م ٢٠٩ من قانون الاحوال الشخصية رقم ٥١ لسنة ١٩٨٤.

(**) تنص م ٣٠ من قانون الجزاء "ولا حاجة لأي رضاء اذا كان العمل الطبي او الجراحي ضروريا اجراؤه في الحال او كان المريض في ظروف تجعله لا يستطيع التعبير عن ارادته وكان من المتعذر الحصول فورا على رضاء ولي النفس"

إجراءات تعبئة نموذج إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل:

- في الحالات التي يقرر فيها المريض (أو من يحل محله قانوناً) الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل لجهة طبية أخرى، عندئذ يقوم الطبيب المعالج بتعبئة نموذج "إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل" مع التأكد من استيفاء البيانات التالية:

أ- البيانات التعريفية للمريض:

- تدوين اسم المريض الرباعي
- تدوين الرقم المدني للمريض
- تدوين تاريخ ميلاد المريض
- تدوين اسم المؤسسة الصحية.
- تدوين رقم الملف الطبي.
- تدوين تاريخ دخول المريض.
- تدوين بيانات القسم / الجناح / رقم الغرفة / رقم السرير.
- تدوين اسم الطبيب المسؤول

- ب- اختيار الفقرة الملائمة طبقاً لحالة المريض سواء كانت الخروج ضد النصح الطبي أو رفض التحويل لجهة طبية أخرى:

□ الخروج ضد النصح الطبي:

- أ- كتابة اسم المريض الرباعي بالفقرة المقررة لذلك.
- ب- كتابة اسم المؤسسة الصحية بالفقرة المقررة لذلك.
- ت- شرح وتدوين الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بالمريض.
- ث- شرح وتدوين تدوين اسم الفحص الطبي / العلاج المحدد للمريض.
- ج- شرح وتدوين فائدة ذلك الفحص الطبي / العلاج.
- ح- شرح وتدوين المخاطر والمضاعفات المترتبة على قرار الخروج ضد النصح الطبي وتأثير ذلك على حياة المريض.
- خ- تدوين أسباب الخروج ضد النصح الطبي حسب أقوال المريض أو من يحل محله قانوناً.

□ رفض التحويل لجهة طبية اخرى:

- أ- كتابة اسم المريض الرباعي بالفقرة المقررة لذلك.
- ب- كتابة اسم المؤسسة الصحية بالفقرة المقررة لذلك.
- ت- شرح وتدوين الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بالمريض.
- ث- تدوين اسم الجهة الطبية الموصى بها لتحويل المريض.
- ج- شرح وتدوين اسباب تحويل المريض للجهة الطبية المحددة .
- ح- شرح وتدوين المخاطر والمضاعفات المترتبة على قرار رفض التحويل للجهة الطبية المحددة وتأثير ذلك على حياة المريض.
- خ- تدوين أسباب قرار رفض التحويل للجهة الطبية المحددة حسب اقوال المريض او من يحل محله قانونا.

ت-التوقيع على نموذج الإقرار:

- تدوين الاسم الرباعي للمريض أو من يحل محله قانونا مع التوقيع.
- تدوين التاريخ والوقت.
- في حال التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض لاي سبب كان، يرجى التأكد من استكمال الفقرة الخاصة بذلك مع ذكر أسباب عدم توقيع المريض بنفسه والصلة بين المريض والشخص الذي قام بالتوقيع.
- في حال الحاجة للاستعانة بمن يقوم بشرح الإجراء بلغة يفهمها المريض، يرجى التأكد من وجود اسمه الرباعي مع التوقيع على نموذج الإقرار بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.
- في حال عدم الحاجة لمن يقوم بشرح الحالة بلغة يفهمها المريض يرجى شطب السطر المحدد لذلك.
- على الطبيب المعالج كتابة اسمه بحروف واضحة مع التوقيع والختم على الفقرة المخصصة لذلك بالإضافة لتدوين بيانات التاريخ والوقت.
- يرجى التأكد من استكمال بيانات الشاهد (الاسم الرباعي والتوقيع) مع تدوين بيانات التاريخ والوقت.

جب علي الطبيب استكمال النموذج بخط واضح ومقروء وعدم استخدام المختصرات الطبية.

مكن لاي فرد من الهيئة الطبية (غير الطبيب المعالج) مثل طلبة الطب او الهيئة التمريضية التوقيع على نموذج الإقرار كشاهد، حيث ان توقيع الشاهد يؤكد حدوث الرفض وقيام الطبيب بإعطاء الشرح اللازم لمريض (من يحل محله قانونا) بحضوره، ولا يعنى تحمل مسؤولية إعطاء البيانات والمعلومات الخاصة بالإجراء للمريض.

رفض العلاج من قبل الحالات المصابة بالأمراض المعدية

عندما يقرر مريض يعاني من مرض معدٍ رفض العلاج أو اتباع إرشادات الطبيب، فهنا يجب على الطبيب المعالج التبليغ عن الأمر لقسم الصحة الوقائي ليكون للقسم الفرصة لاتخاذ التدابير المناسبة لعزل المريض.

التصوير الفوتوغرافي

إن تصوير المريض الفوتوغرافي أثناء عمل الإجراء الطبي قد يستخدم كوثيقة طبية أو وسيلة علاجية أو أداة للتدريب والتعليم أو للأغراض وللأبحاث العلمية (طبقاً للنظم المتبعة للبحث العلمي).

وفي هذه الحالة فإن الغرض والاستخدام المستقبلي للوثائق المصورة و طرق نشرها يجب أن يكون واضح للمريض / من يحل محله قانوناً قبل اخذ الموافقة عليها. وفي حال الاستفادة من الوثائق للتعليم والتدريب أو المراجعة الطبية والبحث العلمي، فهنا يجب أن يتم إعلام المريض / من يحل محله قانوناً أنه سيتم تصويره دون إظهار شخصه و يجب إعلامه أيضاً أن من حقه أن يرفض التصوير. كما يجب على الطبيب المعالج / المتخصص الالتزام بحصر نشر هذه الوثائق ضمن الوسائل التعليمية الطبية.

إقرار المريض على التصوير الفوتوغرافي

- تعتبر الوثائق المصورة سواء الفوتوغرافية أو المصورة بواسطة الفيديو والمستخدمه للأغراض الطبية جزء من ملف المريض ولا يحق لاحد استخدامها دون اخذ الموافقة المسبقة من المريض / من يحل محله قانوناً.
- في حال الحاجة لاستخدام هذه الوثائق للتعليم والتدريب، النشر أو الأبحاث العلمية فيجب عندها إعلام المريض / من يحل محله قانوناً بذلك وباحتمالات استخدامات المادة المصورة مع أخذ الموافقة الخطية منه.
- في حال غياب المريض عن الوعي وكانت هناك حاجة لتصوير المريض لأغراض علمية، عندها يمكن تصويره ولكن وفي حال استفاقته يجب اخذ الموافقة الخطية منه على التصوير وعلى استخدام الوثائق. وفي حال رفض المريض / من يحل محله قانوناً لذلك الإجراء عندها يجب التخلص من هذه الوثائق وتكوين ذلك بملف المريض ضمن نموذج تطور الحالة (progress notes).
- يجب ان يعرف كل من المريض / من يحل محله قانوناً والطبيب ان للمريض حرية إيقاف التصوير بأية لحظة بعد اعطاء الإقرار بالموافقة، وانه من حق المريض / من يحل محله قانوناً مراجعة ورؤية هذه الأفلام والصور إذا رغب بذلك وقبل المضي باستخدام الوثائق، وإذا ما قرر المريض / من يحل محله قانوناً إلغاء الموافقة على التصوير فيجب تدمير والتخلص من كافة الوثائق المصورة وتكوين ذلك بملف المريض ضمن نموذج تطور الحالة (progress notes).

الملحق

نموذج إقرار المريض بالموافقة على إجراء تدخل طبي تشخيصي/علاجي

اللغة العربية

Organization Name:

Depart. Unit Ward Room Bed

Date of Admiss. Physician in Charge

File NO.

CID NO.

Name:

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب / المتخصص والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار المريض بالموافقة على إجراء تدخل طبي تشخيصي / علاجي

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه. معلومة للمريض: لقد تم اعطائك معلومات تخص حالتك (حالة المريض) وحاجتك (حاجة المريض) للخضوع للتدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي. القوانين تحتم علينا اخبارك عن:

- 1 - طبيعة حالتك الصحية.
- 2 - طبيعة الإجراءات التشخيصي/ العلاجي.
- 3 - المخاطر المحيطة بالإجراء المقترح.
- 4 - البدائل العلاجية والمخاطر المتعلقة بهذه البدائل.
- 5 - مخاطر عدم التقيد بالعلاج.

الحالة الصحية

قد قام الطبيب المعالج / المتخصص بشرح الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بي / بالمريض والمتمثلة ب:

انا / ولي امر المريض افوض الفريق الطبي المعالج بإجراء التدخل التشخيصي/ العلاجي التالي:
اسم المريض

وقد شرح لي ان الغرض والغائدة من هذا الإجراء هو:

المخاطر المحتملة للإجراء المقترح

شرح لي الطبيب المعالج / المتخصص ان الإجراء التشخيصي/ العلاجي المقترح قد يؤدي لحدوث مخاطر ومضاعفات، وأدرك ان المرض (الأمراض) الأخرى التي أعاني / يعاني منها المريض قد تؤدي لحدوث مخاطر إضافية، و ان هذه المخاطر تشمل:

كما تم شرح البدائل المتوفرة للإجراء المقترح بمخاطرها المحتملة وهي:

خطورة عدم إجراء التدخل هي:

حالات غير متوقعة

انا ادرك انه خلال عمل الإجراء الموصوف اعلاه، قد يكون من الضروري او المناسب تنفيذ إجراءات أخرى غير متوقعة او لم يكن معلوم الحاجة لها عند وقت اعطاء هذه الموافقة. وأوافق على عمل هذه الإجراءات حسب ما يراه الطبيب / المتخصص ضروري أو مناسب.

الموافقة على نقل الدم

قد قام الطبيب بالتوضيح لي انه اثناء عمل التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي قد تكون هناك حاجة لنقل الدم وذلك لتعزيز الشفاء، أو لإنقاذ الحياة. ان فوائد ومخاطر نقل الدم والآثار المترتبة على الرفض والتي تتضمن تعريض صحتي/ صحة المريض للخطر قد تم شرحها لي من قبل الطبيب.

انا أوافق على نقل الدم اذا حدد الطبيب الحاجة لذلك

توقيع المريض / من يحل محله قانونا

في حال عدم الموافقة على نقل ادم يرجى التوقيع هنا

انا لا أوافق على نقل الدم واتحمل كافة المخاطر التي قد تسبب من جراء هذا الرفض

توقيع المريض / من يحل محله قانونا

لا حاجة لنقل الدم

توقيع الطبيب

التصوير الفوتوغرافي

انا أوافق على تصوير الإجراء التشخيصي/ العلاجي بما يتضمنه من عرض لجزء ملائم من جسمي/ جسم المريض لأهداف طبية، علمية، أو تعليمية ،
بالتواطؤ مع الكشف عن هويتي/ هوية المريض من خلال الصور أو الكتابة الوصفية المرافقة للعرض.

انا أوافق على التصوير الفوتوغرافي

توقيع المريض / من يحل محله قانونا

في حال عدم الموافقة على التصوير الفوتوغرافي يرجى التوقيع هنا

انا لا أوافق على التصوير الفوتوغرافي

توقيع المريض / من يحل محله قانونا

لا حاجة لتصوير الإجراء

توقيع الطبيب / المتخصص

التخلص من الأعضاء والأنسجة

انا اعلم وأوافق على ان اي عينة أو عضو يتم استئصاله من جسمي/جسم المريض أثناء إجراء التدخل التشخيصي/ العلاجي، يمكن دراسته أو الاحتفاظ به.

الموافقة على التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي

- لقد قرأت نموذج الموافقة بكامله، وأعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة كما تمت الإجابة على جميع أسئلتني المطروحة بما يرضي قناعاتي.
- لقد قمت بالتوقيع على الإجراءات التي لم أوافق عليها.
- انا ادرك كيفية إنجاز وعمل الإجراء المحدد والمخاطر والمضاعفات المحتملة من جرائه.
- انا ادرك انه اذا ما قررت في اي وقت قبل إجراء التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي عدم المضي بالإجراء فمن حقي التراجع عن موافقتي.

بعد قراءة النموذج والتحدث مع الطبيب المعالج / المتخصص، فإن توقيعي ادناه فيه إقرار مني على اني اخول وأوافق على عمل الإجراء الموصوف
اعلاه من قبل الفريق الطبي المعالج.

..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانونا

اذا تم توقيع الإقرار من قبل شخص آخر غير المريض الرجاء تحديد الاسباب وصلته او علاقته بالمريض

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه ببلغه يفهمها المريض من قبل

..... / /
التاريخ الوقت

.....
الاسم والتوقيع

إقرار الطبيب / المتخصص

لقد شرحت للمريض/ من يحل محله قانونا طبيعة الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي، والمخاطر، والفوائد، والبدائل (متضمنة على عواقب عدم متابعة
او مواصلة العلاج). لقد قمت بالرد على جميع اسئلة المريض / من يحل محله قانونا بأفضل ما اوتيت به من معرفة، اعتقد بها انه قد حصل على قدر
كاف من الدراية والاستبصار.

..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الطبيب / المتخصص

..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الشاهد

قام المريض / من يحل محله قانونا بإعلاء الموافقة المعطاة مسبقا من قبله لإجراء التدخل التشخيصي/ العلاجي

اسم وتوقيع الطبيب / المتخصص

الرجاء استكمال نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي/ العلاجي

نموذج إقرار المريض بالموافقة على إجراء تدخل طبي تشخيصي/علاجي
اللغة الانجليزية

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

--

--

--

--

--

Date of Admiss.

Physician in Charge

--

--

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician / specialist; otherwise it will be illegal.

Patient consent to medical diagnostic/ therapeutic procedure

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

To the patient: you have been given information about your/ your patient condition and the recommended medical diagnostic/ therapeutic intervention. The laws oblige us to tell you about:

- ١- The nature of your condition.
- ٢- The risks related to the proposed procedure.
- ٣- Risk of no treatment.
- ٤- The nature of the medical diagnostic/ therapeutic procedure
- ٥- The therapeutic alternatives and the associated risks.

Medical Condition

The treating physician / specialist has explained to me the following medical condition(s) that exist in my/ my patient case:

I /legal representative of the patient **authorize** the treating medical team to

Patient's name

perform the following medical diagnostic / therapeutic procedure:

It was explained to me the purpose and benefit of the procedure which is:

The probable risks of proposed procedure

The treating physician / specialist explained to me that the proposed medical diagnostic/ therapeutic procedure may involve risks and morbidities , and I also understand that the complicating medical condition(s) I / the patient is suffering from, might lead to additional risks. These risks include:

It was explained to me that the available alternatives to the proposed procedure and it's probable associated risks are:

The risks of not performing the intervention include:

Unplanned condition(s)

I understand that during the performance of the above described procedure, it may be necessary or appropriate to perform additional procedures that are unforeseen or not known to be needed at the time consent was given. I consent to the performance of such procedures as considered necessary or appropriate by the physician / specialist.

Blood transfusion consent

The physician has explained to me that during the performance of the medical diagnostic / therapeutic procedure there might be a need for blood transfusion to promote recovery or save the life. Benefits and risks of transfusion and the consequences of refusal that includes seriously jeopardizing my/the patient health have been explained to me by the physician.

I consent to blood transfusion if the physician necessitate the need for it

Patient /legal representative signature

In case of refusal to consent for blood transfusion please sign here

I do not consent to blood transfusion and I take responsibility for all risks that may occur due to this refusal

.....
Patient / legal representative signature

No need for blood transfusion

Physician signature

Photography

I consent to photography of the medical diagnostic/therapeutic procedure performed including an appropriate portion of my/patient's body for medical, scientific, or educational purposes, providing that my/patient's identity is not revealed by the pictures or the descriptive text accompanying the demonstration.

I consent to photography

Patient /legal representative signature

In case of refusal to consent to photography, please sign here

I do not consent to photography

Patient / Legal representative signature

No need for procedure photography

Physician / Specialist signature

Disposal of organs or tissues

I know and consent that any tissue or organ removed from my/ patient's body, in the course of performance of the diagnostic/ therapeutic procedure, may be tested or retained.

Consent to medical diagnostic/ therapeutic procedure

- I have read this consent form in its entirety, I was given a chance to ask questions and all of the questions I have asked have been answered to my satisfaction.
- Refused aspects of care have been signed by me.
- I understand how this procedure is performed and its possible risks and complications.
- I understand that if at any time prior to my/patient procedure I decided that I do not want to go forward with the procedure, I may withdraw my consent.

Having read this form and talked with the treating physician / specialist, my signature below acknowledges that: I give my authorization and consent to the performance of the procedure described above by the treating medical team.

.....

Patient /legal representative name & signature

..... / / :

Date

Time

If the consent is signed by somebody other than the patient, please state the reasons and relationship

.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by

.....

Name & signature

..... / / :

Date

Time

Physician / Specialist statement

I have explained to the patient/ legal representative the nature of the medical diagnostic/therapeutic procedure with the risks, benefits, and alternatives (including the consequences of failure to follow or continue treatment). I have answered all of the patient's/ legal representative questions to the best of my knowledge which I believe led him to be adequately informed.

.....

Physician/specialist name & signature

..... / / :

Date

Time

.....

Witness name & signature

..... / / :

Date

Time

The patient/patient legal representative revoked the previously given consent to medical diagnostic/ therapeutic procedure

.....

Physician / Specialist name and signature

Please fill in the "Consent to refuse medical diagnostic/therapeutic procedure" form

نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي /العلاجي
اللغة العربية

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

--

--

--

--

--

Date of Admiss.

Physician in Charge

--

--

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب / المتخصص والا سيعتبر الإقرار غير قانوني.

إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي /العلاجي

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

في حال عدم الموافقة على الإجراء الطبي التشخيصي/العلاجي يرجى التوقيع أدناه. المريض سيظل يتلقى العناية المناسبة للحالة الصحية بالرغم من هذا الرفض.

أقر أنا / ولي امر المريض بأن الفريق الطبي المعالج قد قام بشرح كافة العواقب متمثلة
اسم المريض

بالمخاطر، والمضاعفات المترتبة على رفضي للقيام بالإجراء الطبي التشخيصي/العلاجي. انا ادرك تماماً ان رفض الإجراء الطبي التشخيصي / العلاجى قد يؤدي لتدهور حالتي / حالة المريض الصحية وحياتي/ حياة المريض ولكن هذه رغبتى.

الإجراء الطبي الذي تم رفضه هو

.....

مخاطر رفض الإجراء المقترح تتضمن

.....

.....

وفوائد عمل الإجراء المقترح هي

.....

أسباب رفض الإجراء الطبي هي

.....

وبالتالى انا اتحمل كافة النتائج المترتبة على رفضي للإجراء المحدد لي / للمريض.

.....
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانوناً التاريخ : الوقت :

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض، الرجاء تحديد الاسباب وصلته او علاقته بالمريض

.....

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغه يفهمها المريض من قبل

.....
الاسم والتوقيع التاريخ : الوقت :

.....
اسم وتوقيع الطبيب / المتخصص التاريخ : الوقت :

.....
اسم وتوقيع الشاهد التاريخ : الوقت :

نموذج إقرار رفض الإجراء الطبي التشخيصي /العلاجي
اللغة الانجليزية

Organization Name: _____

Depart.	Unit	Ward	Room	Bed

Date of Admiss.	Physician in Charge

File NO.

CID NO.

Name: _____

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician / specialist; otherwise it will be illegal.

Consent to refuse
medical diagnostic/ therapeutic procedure

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

In case of refusal to consent to medical diagnostic/therapeutic procedure please sign below. **The patient will continue to receive the appropriate care related to his medical condition despite of this refusal.**

I /the legal representative of the patient **consent** that the treating

Patient's name

medical team has explained to me all the risks and complications as consequences of refusal to consent to the medical diagnostic/therapeutic procedure. I fully understand that the refusal of medical diagnostic/therapeutic procedure may lead to deterioration of my / patient health condition, and my /patient life but this is my wish.

The medical procedure refused is

.....

Risks of refusal to consent to medical procedure include

.....

.....

Benefits of proposed procedure are

.....

Reasons for refusal are

.....

I hereby take the responsibility for all consequences happen as a result of refusing the procedure specified for me/the patient.

.....
Patient /legal representative name & signature

..... / / :
Date Time

If consent is signed by somebody other than the patient, please state the reasons and relationship

.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by

.....
Name & signature

..... / / :
Date Time

.....
Physician/specialist name & signature

..... / / :
Date Time

.....
Witness name & signature

..... / / :
Date Time

نموذج إقرار التخدير/المهدئات اللغة العربية

Organization Name:

File NO.

CID NO.

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

Name:

Date of Admiss.

Physician in Charge

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار التخدير / المهندسات

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

التخدير هو علم طبي أساسي لا غنى عنه لإجراء مختلف العمليات الجراحية أو الإجراءات التداخلية، والهدف منه هو المحافظة على سلامة وكفاءة كافة أجهزة الجسم أثناء فترة عمل الإجراء الطبي وما بعدها، وهذا يستلزم إعطاء أدوية خاصة بطرق تخديرية متعارف عليها مع الحفاظ على وظائف أجهزة الجسم الحيوية بأقصى درجة أمان ممكنة.

لقد شرح لي طبيب التخدير /العناية المركزة انه وبالرغم من أن التخدير بما يتضمنه من أدوية وطرق تخديرية وأجهزة مراقبه تداخلية أو غير تداخلية يعد إجراء آمن بصورة عامة، وأن احتمالات حدوث مضاعفات ومخاطر على حياة المريض الذي ليست لديه مشاكل صحية مصاحبة تكاد تكون نسبتها ضئيلة، إلا أن استخدام أدوية التخدير وطرقه المختلفة له مضاعفات ومخاطر تختلف في نسبة حدوثها وتأثيرها حيث انها ترتبط بصورة مباشرة بحالة المريض الصحية وخطورة الإجراء المقترح.

أقر أنا / ولى أمر المريض..... بأن طبيب التخدير/العناية المركزة قد أحاطني علما وتفهمت اسم المريض

وبالتفصيل ان انسب إجراءات (التخدير / المهندسات) للحالة وفانتهت هي:

وأنه من الممكن تغيير الإجراء المتفق عليه أثناء القيام بالتدخل الطبي التشخيصي / العلاجي إذا اقتضى الأمر. كما أحطت علما بكافة المضاعفات والمخاطر التي قد تحدث أثناء إعطاء المخدر والتي تكون خارجة عن إرادة طبيب التخدير مثل: احتمال حدوث صعوبة بوضع أنبوبة التنفس وما يصاحبها من مضاعفات، هبوط في كفاءة جهاز الدورة الدموية ، الجهاز التنفسي أو الجهاز العصبي المركزي والتي قد تؤدي لاحتمال الدخول للعناية المركزة أو الاستمرار بالتنفس الاصطناعي إذا استدعى الأمر.

لقد تفهمت بأن حالتي تندرج ضمن التصنيف العالمي لدرجة اللياقة الطبية تحت درجة :

- ASA I ☐ المريض بحالة صحية جيدة وبدون امراض عضوية
- ASA II ☐ المريض يعاني من مرض عضوي بدرجة خفيفة الى معتدلة تمت معالجته ولا يحد من نشاطاته
- ASA III ☐ المريض يعاني من خلل عضوي شديد يؤدي لقصور واضح بنشاطاته
- ASA IV ☐ المريض يعاني من مرض عضوي شديد يشكل تهديد متواصل لحياته
- ASA V ☐ المريض بحالة احتضار ومن المستبعد ان يبقى على قيد الحياة خلال ٢٤ ساعة، مع او بدون إجراء العملية

أنا أوافق على إعطائي/ إعطاء المريض (المخدر / المهدئ) بالطريقة المذكورة اعلاه وكذلك عمل كافة التداخلات الطبية الطارئة واللازمة لإنقاذ حياتي/حياة المريض أثناء إعطاء (التخدير / المهدئ).

كما أقر بأنني قد ابليت طبيب التخدير / العناية المركزة بكافة المعلومات التي تتعلق بحالتي / حالة المريض الصحية و الأدوية التي أتناولها / يتناولها المريض بانتظام.

..... توقيع المرافق في حال عدم معرفته بالحالة الصحية او الادوية التي يتناولها المريض

الموافقة على إجراء (التخدير / المهدنات):

- لقد قرأت نموذج الموافقة بكامله، وأعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة كما تمت الإجابة على جميع أسئلتي المطروحة بما يرضى قناعتي.
- أنا أدرك كيفية انجاز وعمل الإجراء المقترح والمخاطر والمضاعفات المحتملة من جرائه.
- أنا أدرك أنه إذا ما قررت في أي وقت قبل إعطاء (التخدير / المهدنات) عدم المضي بالإجراء فمن حقي التراجع عن موافقتي.

بعد قراءة النموذج والمناقشة مع طبيب التخدير / العناية المركزة فإن توقيمي أدناه فيه إقرار مني على أنني أخول وأوافق على عمل الإجراء الموصوف أعلاه من قبل الفريق الطبي المعالج.

..... / /
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانونا التاريخ الوقت

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض الرجاء تحديد الأسباب وصلته او علاقته بالمريض

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغة يفهمها المريض من قبل

..... / /
الاسم والتوقيع التاريخ الوقت

إقرار الطبيب:

لقد شرحت للمريض / من يحل محله قانونا الإجراء التخديري المقترح والمخاطر والفوائد والبدائل (متضمنة على العواقب المحتملة من جراء عدم القيام بالإجراء). ولقد قمت بالرد على جميع أسئلة المريض / من يحل محله قانونا بأفضل ما أوتيت به من معرفة، أعتقد بها أنه قد حصل على قدر كاف من الدراية والاستبصار.

..... / /
اسم وتوقيع الطبيب التاريخ الوقت

..... / /
اسم وتوقيع الشاهد التاريخ الوقت

قام المريض / من يحل محله قانونا بإلغاء الموافقة المعضة مسبقا من قبله لإجراء التخدير/المهدنات

اسم وتوقيع الطبيب

الرجاء استكمال نموذج إقرار رفض إجراء التخدير / المهدنات

نموذج إقرار التحذير/المهدئات اللغة الانجليزية

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

--

--

--

--

--

Date of Admiss.

Physician in Charge

--

--

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician; otherwise it will be illegal

Consent to anesthesia/sedation

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

Anesthesia is an indispensable (necessary) basic medical science used in different surgical operations or interventional procedures, aiming at preserving the safety and the efficiency of all body systems during and after the procedure. This necessitates the introduction of particular medications through several well-known anesthetic procedures to safeguard vital functions of body systems.

The anesthetist / intensivist has explained to me that even though that anesthesia with all its content of medications, methodologies, interventional and non interventional monitoring is considered a safe practice generally, and the possibility of morbidity and risk incidences for patient with good medical condition is considered rare. However, the utilization of anesthesia medication and methodologies carries complications and risks which differ in their occurrences and impact, and it is directly related to the patient medical condition and the severity of the proposed procedure.

I / the legal representative of the patientacknowledge that the
Patient's name
anesthetist / intensivist had informed me in details and I understand that the best (anesthesia/ sedation)
procedure for this condition and it's benefits is:

.....
.....

And it is possible to change the agreed upon procedure during the performance of the medical diagnostic/therapeutic intervention, when required. I was informed about all the complications and risks that might probably happen during the introduction of anesthesia and is considered out of the anesthetist control such as difficult intubation with its related complications, inefficiency of the circulatory, respiratory, or the central nervous systems which may lead to the possibility of ICU admission or to continue on mechanical ventilation if required.

I understand that international classification for physical state in my/ patient's case is under the category of

- ☐ **ASA I** A healthy patient with no systemic disease
- ☐ **ASA II** Mild to moderate systemic disease treated and not limiting patient's activities
- ☐ **ASA III** Severe systemic disturbance imposing definite functional limitation on patient
- ☐ **ASA IV** Severe systemic disease which is a constant threat to life
- ☐ **ASA V** Moribund patient unlikely to survive 24 hour, with or without surgery

I agree to provide me / my patient with (anesthesia/ sedation) through the above mentioned procedure and to carry out all emergency medical interventions necessary to save my/ patient's life during introduction of (anesthesia/ sedative).

..... The signature of the companion who could not acknowledge the medical condition or the medications taken by the patient.

- I have read this consent form in its entirety, given a chance to ask questions and all of the questions I have asked have been answered to my satisfaction.
- I understand how this procedure is performed and its possible risks and complications.
- I understand that if at any time prior to introduction of (anesthesia/sedation) procedure I decided that I do not want to go forward with the procedure, I may withdraw my consent.

...../...../.....
 Patient/legal representative name & signature Date Time

Name & signature _____ Date _____ Time _____

I have explained to the patient/ legal representative the proposed anesthetic procedure and the risks, benefits, and alternatives (including the probable or likely consequences if the procedure is not performed). I have answered all of the patient's/ legal representative questions and to the best of my knowledge, which I believe led him to be adequately informed.

.....
Witness name & signature

...../...../.....
Date

.....:.....
Time

Please fill the "Consent to refuse anesthesia/sedation procedure" form

نموذج إقرار رفض إجراء التخدير/ المهدئات
اللغة العربية

Organization Name: _____

File NO.

Depart. Unit Ward Room Bed

CID NO.

Name: _____

Date of Admiss. Physician in Charge

SEX: M / F DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار رفض إجراء التخدير / المهدنات

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

في حال عدم الموافقة على إجراء (التخدير / المهدنات) يرجى التوقيع أدناه.

قر أنا / ولي أمر المريض بأن طبيب التخدير / العناية المركزة قد شرح لي

اسم المريض

عواقب عدم الموافقة على الإجراءات التخديرية المقررة كما اني اتفهم تماما ما قد يترتب على ذلك من عدم تمكين الطبيب المعالج من اتمام عمله لإجراء التدخل الطبي التشخيصي/ العلاجي مما قد يؤدي لتدهور حالتي/ حالة المريض الصحية وحدوث مضاعفات قد تهدد حياتي/ حياة المريض.

انا أقر بأنه قد تم نصحي بوضوح وبطريقة مباشرة بعواقب رفض اخذ (التخدير / المهدنات) المقررة لي/ للمريض.

إجراء التخدير الذي تم رفضه هو

مخاطر رفض الإجراء المقترح تتضمن

فوائد عمل الإجراء المقترح هي

أسباب رفض الإجراء الطبي هي

اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانونا / /
التاريخ الوقت

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض الرجاء تحديد الأسباب وصلته او علاقته بالمريض:

لقد تم شرح الإجراء المقترح اعلاه بلغة يفهمها المريض من قبل:

اسم والتوقيع / /
التاريخ الوقت

اسم وتوقيع الطبيب / /
التاريخ الوقت

اسم وتوقيع الشاهد / /
التاريخ الوقت

نموذج إقرار رفض إجراء التخدير/ المهدئات
اللغة الانجليزية

Organization Name: _____

File NO.

--	--	--	--	--

CID NO.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: _____

Depart.

Unit

Ward

Room

Bed

--

--

--

--

--

Date of Admiss.

Physician in Charge

--

--

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician; otherwise it will be illegal

Consent to refuse anesthesia/sedation procedure

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

In case of refusal to consent to anesthesia/ sedation procedure, please sign below.

I / legal representative of the patient **consent that the anesthetist**
Patient's name

/intensivist has explained to me the consequences of refusing the specified anesthetic procedure, I understand as well that this might result in inability of the treating physician to complete the proposed medical diagnostic/ therapeutic procedure, which might cause deterioration in my/ patient's medical condition and lead to complications that might threaten my/patient's condition.

I consent that I was advised clearly and directly as to the consequences of refusing the (anesthesia/ sedation) procedure specified for me/my patient.

The refused anesthesia/sedation procedure is

.....

The risks of refusing the proposed procedure include

.....

.....

The benefits of the proposed procedure are

.....

The causes of refusal are

.....

.....
Patient /legal representative name & signature

..... / /
Date

..... :
Time

If consent is signed by other than the patient, please state the reasons and relationship

.....

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by

.....
Name & signature

..... / /
Date

..... :
Time

.....
Physician name & signature

..... / /
Date

..... :
Time

.....
Witness name & signature

..... / /
Date

..... :
Time

نموذج إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل
اللغة العربية

Organization Name:

Depart. Unit Ward Room Bed

Date of Admiss. Physician in Charge

File NO.

CID NO.

Name:

SEX: M / F

DOB: / /

يجب استكمال جميع بنود النموذج بصورة كاملة من قبل الطبيب والا سيعتبر الإقرار غير قانوني

إقرار الخروج ضد النصص الطبي / رفض التحويل

تسعى وزارة الصحة من خلال هذا النموذج للحصول على إقرار خطي منك يؤكد علمك الكامل بحالتك / حالة المريض الطبية والصحية مما يمكنك من اتخاذ القرار المناسب لحالتك، لذلك فالمرجو منك الاطلاع على المعلومات المسجلة بالإقرار بدقة قبل التوقيع عليه.

الرجاء تعبئة الفقرة الملانة لحالة المريض

☐ خروج المريض ضد النصص الطبي

أقر أنا / ولي امر المريض بأن الطبيب المعالج بالمؤسسة الصحية
اسم المريض اسم المؤسسة

قد قام بشرح الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بي / بالمريض والمتمثلة بـ :

.....

.....

وقام بنصحي عن مدى حاجتي (حاجة المريض) للفحص الطبي / العلاج التالي:

وشرح لي فائدة ذلك الفحص الطبي / العلاج وهي:

.....

.....

.....

نقد تم ابلاغي بمخاطر قراري بالخروج ضد النصص الطبي وهي:

.....

.....

ان اسباب الخروج ضد النصص الطبي هي:

.....

.....

إنني على علم بأن الخروج خلافاً للنصص الطبي يمكن أن يهدد صحتي (صحة المريض) او حياتي (حياة المريض) ولكنني مُصرٌ على تحقيق رغبتي تلك
متحملاً كافة النتائج المترتبة على قراري هذا. وقد أعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة على كافة أسئلتي وتم ابلاغي انه يمكنني (يمكن
للمريض) العودة لتلقي الرعاية الطبية باي وقت، كما اجريت لي (للمريض) ترتيبات الخروج.

☐ إقرار رفض التحويل

أقر أنا / ولي أمر المريض بأن الطبيب المعالج بالمؤسسة الصحية
اسم المريض اسم المؤسسة

قد قام بشرح الحالة (الحالات) المرضية الخاصة بي / بالمريض والمتمثلة ب:

.....
.....

وقد أوصي بالتحويل للجهة الطبية التالية:
اسم الجهة الطبية

وذلك للأسباب التالية:

.....
.....

قام الطبيب المعالج بإبلاغي بمخاطر رفض التحويل للجهة الطبية المحددة والمتمثلة ب:

.....
.....

ان اسباب رفض التحويل للجهة الطبية المحددة هي:

.....
.....

إنني على علم بأن رفض التحويل يمكن أن يهدد صحتي (صحة المريض) او حياتي (حياة المريض) ولكنني مُصرّ على تحقيق رغبتي تلك متحملاً كافة النتائج المترتبة على قراري هذا. وقد أعطيت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة على كافة أسئلتني.

.....
اسم وتوقيع المريض / من يحل محله قانوناً
..... / /
التاريخ الوقت

إذا تم التوقيع من قبل شخص آخر غير المريض، الرجاء تحديد الأسباب وصلته او علاقته بالمريض

.....

لقد تم شرح الإجراءات اعلاه ببلغه يفهمها المريض من قبل

.....
الاسم والتوقيع
..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الطبيب
..... / /
التاريخ الوقت

.....
اسم وتوقيع الشاهد
..... / /
التاريخ الوقت

نموذج إقرار الخروج ضد النصح الطبي / رفض التحويل
اللغة الانجليزية

Organization Name: _____

Depart.	Unit	Ward	Room	Bed

Date of Admiss.	Physician in Charge

File NO.

CID NO.

Name: _____

SEX: M / F

DOB: / /

All the items in this form should be completed by the physician; otherwise it will be illegal.

Consent to Discharge Against Medical Advice / Refuse Transfer

The Ministry of Health through this form seeks to obtain a written consent that confirms your knowledge about your/the-patient medical and health condition, which enables you to take appropriate decision regarding your/the-patient condition. **Please read the written information carefully before signing the form.**

Please fill the section relevant to patient condition

☐ Discharge of Patient Against Medical Advice

I /legal representative of the patient consent that the treating

Patient's name

physician in has explained to me the following medical

Organization name

condition(s) that exist in my (my patient) case:

.....

.....

and advised me about my (my patient) need for the following medical examination/ treatment:

.....

and the benefits of that medical examination/ treatment:

.....

.....

I have been informed about the risks of my decision to be discharged against medical advice which

is/are:.....

.....

.....

Reasons for leaving against medical advice:

.....

I acknowledge that discharge against medical advice may jeopardize my / the patient health or life.

However, I insist on fulfilling my desire, and I assume the responsibility for all the consequences that may result from my decision. I have been given the opportunity to ask questions and all my questions been answered, I have been informed that I (the patient) can return at any time to receive medical care and discharge arrangements were done for me (the patient).

☐ **Consent to Refuse Transfer**

I/legal representative of the patient consent that the treating physician in Patient's name has explained to me the following medical

condition(s) that exist in my (my patient) case which is/are:

and recommended the transfer to the following medical party:

for the following reasons:

The treating physician informed me about the risks of refusing transfer to the recommended medical party which is/are:

Reasons for refusing transfer to the recommended medical party is/are

I acknowledge that refusing transfer may jeopardize my / the patient health or life. **However, I insist on fulfilling my desire, and I assume the responsibility for all the consequences that may result from my decision.** I have been given the opportunity to ask questions, and all my questions been answered.

..... / / :

Patient /legal representative name & signature Date Time

If consent is signed by other than the patient, please state the reasons and relationship

The procedure has been interpreted to the patient in a language comprehensible to him/her by _____

..... / / :

Name & signature Date Time

..... Physician name & signature Date Time

..... / / :

Witness name & signature Date Time

قائمة المراجع

- ١- Louisiana state university health science center –Shreveport. Hospital policy manual. Informed consent. May ٢٠٠٥. Accessed at:
[http://www.sh.lsuhsu.edu/policymanuals via ms word/hospitalpolicy](http://www.sh.lsuhsu.edu/policymanuals%20via%20ms%20word/hospitalpolicy)
- ٢- American College of Emergency Physicians: EMTALA Fact Sheet
<http://www.acep.org/patients.aspx?LinkIdentifier=id&id=٢٥٩٣٦&fid=١٧٥٤&Mo=No&acepTitle=EMTALA>، accessed ٢٠٠٧-١٠-٠٥
- ٣- Department of Health، UK. Good practice in consent implementation guide. Consent to examination or treatment;٢٠٠١. Accessed at
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_٤٠١٩٠٦١.pdf
- ٤- Department of health، Uk. Reference guide to consent for examination or treatment;٢٠٠١. Accessed at:
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_٤٠١٩٠٧٩.pdf
- ٥- University of Taledo. Department of Hospital Administration. Informed consent to medical or surgical procedure;٢٠٠٨. Accessed at:
<http://www.utoledo.edu/policies/utmc/administrative/pdfs/٢٣٦٤-١٠٠-١٠-١١.pdf>.
- ٦- Medical college of Ohio hospital (MCOH)؛ department of hospital administration medical staff. Informed consent to medical or surgical procedure. September ١٩٩١.
- ٧- Susan Marr. The doctors company publication. Informed consent. ٢٠٠٢ Accessed at: <http://www.thedoctors.com/publications/docadv/١٩٩٩qprotect.asp>.
- ٨- UC Davis Health System. Consent to Medical treatment: operations؛ diagnostic procedures& anesthesia administration. July ٢٠٠٢. Accessed at:
<http://www.pcs.ucdmc.ucdavis.edu/Policies/hosp/١٤١١.htm>.
- ٩- Citizen information .Consent to medical and surgical procedures. April ٢٠٠٤. Accessed at:
<http://www.citizensinformation.ie/categories/health/legal-matters-and-health/consent-to-medical-and-surgical-procedures/?searchterm=consent%٢٠to%٢٠medical%٢٠and%٢٠surgical%٢٠procedures>.

- ١٠- University of Washington School of Medicine .Ethics in medicine; Informed consent. April ٢٠٠٨. Accessed at:
<http://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>.
- ١١- The Joint commission. Individual Rights. Patient Rights and Informed Consent When Videotaping or Filming; ٢٠٠٢. Accessed at:
[http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/FAQs/Ethics+Rights+Responsibilities/Individual+Rights/informed consent.htm](http://www.jointcommission.org/AccreditationPrograms/Hospitals/Standards/FAQs/Ethics+Rights+Responsibilities/Individual+Rights/informed%20consent.htm).
- ١٢- American Medical Association; Informed consent. Accessed at :
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/٤٦٠٨.html>
- ١٣- David Karp Associate. Consultant to the health professions. News for physicians: Informed consent revisited what is required of physicians?
Accessed at: <http://pronational.com/news/advisor/infconsent٢Q٢٠٠١.htm>
- ١٤- Kelly A. Edwards. M.A. University of Washington School of Medicine .Ethics in medicine: informed consent. accessed at:
<http://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>
- ١٥- Directorate of Nursing Affairs. Discharge against medical advice (AMA). Accessed at: <http://www.moh.gov.om/nursing/١١,٢٠٢/٢٠discharge/٢٠AMA.pdf>
- ١٦- Cowny & Denbighshire NHS Trust. Discharge Against Medical Advice Policy. May ٢٠٠٦.
- ١٧- Administrative policies and procedures. State of Tennessee Department of correction. Consent/refusal of treatment. April ٢٠٠١.
- ١٨- The sullivan Group. physician law review. Against medical advice. Accessed on the internet at:
[http://www.thesullivangroup.com/physician law review/against medical advice](http://www.thesullivangroup.com/physician%20law%20review/against%20medical%20advice).
- ١٩- Texas University Health Science Center. school of medicine. ambulatory clinic policy and procedure. Refusal to submit to treatment and/or refusal to follow physician's instructions; April ٢٠٠٢.
- ٢٠- Contra Costa Emergency medical Services.EMS Policies and procedures. Patient refusal of emergency medical care and/or Ambulance transport . July ١٩٩٩.
- ٢١- مجلة الصحة، تصدر عن وزارة الصحة ومؤسسة حمد الطبية. قضايا قانونية: موافقة المريض قبل العلاج . عبدالمجيد بشير. تم الاطلاع على الموقع الالكتروني:
<http://www.hmc.org.qa/hmc/health/٤٩th/archive.htm>.