

 MOUNT LEBANON HOSPITAL UNIVERSITY MEDICAL CENTER	MEDICAL RECORD CONTENT / MANAGEMENT		CODE : MC-F-67	
	الموافقة المستبيرة لإجراء عمل جراحي  * M C - F - 6 7 *		Edition -2-	Page 1/1

LABEL

أنا الموقع أدناه،
(اسم المريض أو وليه الجبري أو ممثله القانوني أو وصيه إذا كان قاصراً أو غير قادر على التوقيع)

أجيز وأطلب بملء إرادتي من الأطباء في مستشفى جبل لبنان القيام بالإجراء الخاص التالي (إسم الإجراء):

Laparotomy for liver mass excision

يملأ من الطبيب المعالج:

لقد شرحت للمريض، الولي الجبري أو الممثل القانوني أو وصيه إذا كان قاصراً أو غير قادر على التوقيع، هدف وحدود هذه الموافقة، وأعطيت الأجوبة على جميع الأسئلة المتصلة بمنافع ومخاطر الإجراء المذكور أعلاه والخيارات البديلة الممكنة، وأعتقد بأن ما شرحتة قد تم فهمه.

التوقيع: _____ (الإسم): _____
 التاريخ: 20/6/2021 الساعة: 12.00

أصرح بأن هدف وحدود هذه الموافقة قد تم شرحها لي، لا سيما نوع الإجراء ومنافعه والخيارات البديلة الممكنة والمضاعفات والمخاطر الملازمة بما في ذلك فحص الأنسجة التي تستأصل.

مع إدراكي التام من النتائج المتوقعة في حال عدم إجرائها والتي شرحها لي الطبيب/الأطباء.

وأدرك بأن حالات غير متوقعة قد تحصل خلال الإجراء المذكور أعلاه وأعفي إدارة مستشفى جبل لبنان والأطباء في المستشفى المذكور من أي مسؤولية بهذا الخصوص.

حقل خاص بالمريض

وإنني قد عينت وفوضت بملء إرادتي، السيدة(ة) _____ لتتم إستشارته(ها) في حال أصبحت في وضع لا يسمح لي بالتعبير عن مشيئتي، وبتلقي المعلومات الضرورية لاتخاذ القرار عني بشأن العلاج/أو العمل الطبي المناسب، وإني أجيز للشخص المعين أعلاه بالبقاء على علم دائم بوضعي الصحي لاسيما في حال إدخالني العناية الفائقة. وأتمنى على الطبيب المذكور أعلاه:

- أن يكتف عني أي تشخيص أو توقع طبي خطير نعم لا

- عدم إطلاع أقرباني على المعلومات الواردة في ملفي الطبي نعم لا

التوقيع: _____ (المريض، الولي الجبري، الممثل القانوني أو وصيه إذا كان قاصراً أو غير قادر على التوقيع)
 التاريخ: ____ / ____ / ____ الساعة: ____:

إن توقيع المريض أو الولي الجبري أو الممثل القانوني غير متوفر بسبب: _____

الشاهد(الإسم): _____
 التوقيع: _____
 التاريخ: ____ / ____ / ____ الساعة: ____: