

رقم الملف:	استمارة الموافقة الواعية وإبراء الذمة		رقم الهوية الوطنية:
لقب المريض:	اسم المريض:	القسم:	الطبيب المعالج:
اسم الأب والجد:	تاريخ الولادة:	الغرفة:	تاريخ القبول:
		السرير	
تقيّد معلومات هذا الحقل من قبل الطبيب مقدّم الخدمة			
إنّني الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور أعلاه، أعلن أنّي وفي إطار التدابير التشخيصية والعلاجية التي تتخذ لتشخيص وعلاج مرض، قد قدّمت للمريض السيد/ السيدة/ الأنسبة مستلم الخدمة □ أو ولي أمره/ الوكيل القانوني لمستلم الخدمة □ جميع الإيضاحات الكاملة والمعلومات اللازمة حول أهمّ أعراض المرض ونتائج العلاج المحتملة، كما أعلمته بالطرق البديلة. وتشمل المعلومات: عواقب عدم الامتثال للتدابير التشخيصية والعلاجية: فوائد الامتثال لطريقة التشخيص أو العلاج المقترح: أهمّ الأعراض أو العواقب الناتجة عن الامتثال لأسلوب التشخيص أو العلاج المقترح: الأسلوب أو الأساليب البديلة للتشخيص أو العلاج مع ذكر فوائدها أو عواقبها المحتملة: 			
توقيع الطبيب مقدّم الخدمة وختمه:		تاريخ وساعة الموافقة الواعية:	
يقوم المريض / ولي المريض القانوني بملء هذا الحقل			
إنّني الموقع أدناه (المريض □ ولي أمر المريض □ الوكيل القانوني للمريض □) رقم البطاقة الوطنية رقم جواز السفر الصادر من تاريخ الولادة / / أعلن أنّي قد اكتسبت من الطبيب المعالج/ الطبيب المستشار السيد/ السيدة الدكتور كافّة المعلومات اللازمة عن المرض والتدابير العلاجية وأعراض وعواقب كلّ منها، وعن الأساليب البديلة. كما أنّي على علم تامّ بالتدابير التشخيصية والعلاجية لهذا المركز التعليمي والطبي، التي يقدها فريق طبيّ من الأخصائيين. ولهذا فإنّني أعلن موافقتي التامّة على التدابير المذكورة وسائر التدابير التشخيصية والعلاجية التي يترتبها الأطباء والكادر الطبيّ وفقاً للمعايير العلمية، وأبرئ ذمّة فريق التشخيص والعلاج عن الأعراض المحتملة الطارئة، على الرغم من مراعاة الموازين العلمية والفنية والقانونية، ولن أطلبهم بأيّ دعوى جزائية أو مدنية.			
توقيع وبصمة المريض / الولي القانوني للمريض:		تاريخ وساعة الموافقة الواعية:	
يتمّ ملء هذا الحقل من قبل الشاهد			
الاسم الكامل واللقب تاريخ الولادة رقم الهوية الوطنية/ جواز السفر صلته بالمريض رقم الهاتف			
توقيع وبصمة الشاهد:		التاريخ والساعة:	