

رقم الملف:	استمارة مغادرة المستشفى بطلب من المريض وموافقته الشخصية		رقم البطاقة الوطنية:
اللقب:	الاسم:	القسم:	الطبيب المعالج:
اسم الأب:	تاريخ الولادة:	الغرفة:	تاريخ القبول:
		السري:	
يتم ملء هذا الحقل من قبل الطبيب المعالج			
شرح مختصر للحالة المرضية:			
العلاج الذي يتمتع المريض عن تلقّيه:			
عواقب عدم تقبّل التدابير التشخيصية والعلاجية:			
إنّي الدكتور الطبيب المعالج للمريض المذكور أعلاه، أعلن أنّي قد قدّمت الإيضاحات اللازمة والكافية حول التدابير التشخيصية والعلاجية التي تستعمل لعلاج مرض، كما عرضت شرحاً وافياً للسيد/ للسيدة/ للأنسة مستلم الخدمة/ وليه/ الوكيل القانوني الذي من شأنه القانوني اتخاذ القرارات فيما يرتبط بالموافقة على مغادرة المستشفى أو عدم تقديم الموافقة وإبراء الذمة الواعي ومدى أهليته لاتخاذ القرار في الشؤون العلاجية.			
توقيع الطبيب المعالج وختمه:		التاريخ والساعة:	
في حال عدم موافقة المريض أو وليه على استمرار العلاج والمطالبة بمغادرة المستشفى برغبة منهما، يملأ هذا الحقل من قبل المريض أو وليه القانوني.			
إنّي (المريض □ / الولي القانوني للمريض □) اسم الأب حامل البطاقة الوطنية رقم وجواز السفر رقم الصادر من تاريخ الولادة / / أعلن أنّي قد تلقّيت المعلومات الكافية عن طبيعة مرضي والتدابير العلاجية المبذولة لحدّ الآن وعن السبل البديلة للعلاج وكذلك تلقّيت من الطبيب المعالج السيد/ السيدة الدكتور حول <u>الأخطار والأعراض الناتجة عن عدم تقبّل العلاج والمخاطر المحتملة في مغادرة</u> <u>المستشفى برغبتي الشخصية</u> وأعلن بكامل وعيي ورشدي عالماً بعواقب عدم تلقّي العلاج وأنّ مغادرة المستشفى برغبتي الشخصية قد يؤدّي إلى مخاطر لا تحمد عقباه كوخامة المرض وفقدان أحد أعضاء الجسم أو تصاعد خطر المرض، <u>أعلن عدم رغبتي في استمرار</u> <u>العلاج المذكور</u> وأطالب بصرفي من المستشفى، وأبرئ ذمّة الفريق الطبيّ والعلاجي عن المخاطر والأضرار اللاحقة جرّاء عدم تلقّي التدابير العلاجية المقترحة من قبلهم، وليس لدىّ الحقّ في مقاضاتهم قانونياً وفي محاكم الجزاء والقانون المدني.			
توقيع وبصمة المريض / ولي المريض القانوني:		تاريخ وساعة التوقيع:	
يملأ الشهود هذا الحقل			