



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

الوحدة التنظيمية: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة		
الجهة المعنية بتنفيذ السياسة: الكوادر الطبية والفنية والإدارية في المنشآت التابعة لوزارة الصحة		
الإعداد: قسم تطوير وإدارة السياسات م.ق لى عصفور م.ق داليا زياد	تاريخ الإعداد: 2024 / 6 / 3	التوقيع:
التدقيق والمراجعة: لجنة مراجعة وتطوير دليل الموافقة المبنية على المعرفة د. نجود فارس / رئيس قسم تطوير وإدارة السياسات د. أريج القيسي / مديرية الصيدلية والصيدلة السريرية د. أنوار الشماسنة / مديرية بنك الدم ق.ق لميس جرادات/ مديرية صحة المرأة والطفل الأستاذ بلال العدوان / مديرية الشؤون القانونية د. أيمن النعيمات / مديرية طب الأسنان د. محمد الشرع / أخصائي جراحة/إدارة مستشفيات البشير د. عبد الواحد صالح / أخصائي تخدير/ إدارة مستشفيات البشير محمد جميل / مستشار مجلس اعتماد المؤسسات الصحية	تاريخ المراجعة: 2024 / 8 / 29	التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع: التوقيع:
التدقيق من ناحية ضبط الجودة: مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة	تاريخ تدقيق ضبط الجودة: 2024 / 9 / 1	التوقيع:
الإعتماد: الأمين العام للشؤون الإدارية والفنية	تاريخ الإعتماد: 2024 / 9 / 2	التوقيع:

وزارة الصحة
مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة
السياسات والإجراءات
Policies & Procedures

٠٢ أبريل ٢٠٢٤

ختم الاعتماد

Approved

تتم مراجعة السياسة كل سنتين على الأقل من تاريخ اعتماد آخر طبعة:

رقم الطبعة	تاريخ الاعتماد	مبشرات مراجعة السياسة

ختم النسخة الاصلية

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

موضوع السياسة:

كل متلقي/ة خدمة يتطلب له/ها علاج / عملية / إجراء طبي أو صحي، علاجي أو تشخيصي سيوقع/ستوقع خطيًا على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة وفقاً لقائمة الإجراءات الطبية والصحية المعتمدة من قبل وزارة الصحة وذلك قبل العلاج / العملية / الإجراء وبعد شرح مقدم/ة الخدمة عن الفائدة منه والمضاعفات والمخاطر المحتملة المترتبة عليه أو عدمه والبدائل المتاحة (إن وجدت).

الفئات المستهدفة:

كافة الكوادر الطبية والفنية والإدارية في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.

الهدف من السياسة /المنهجية:

1. الحفاظ على حق متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا بالمعرفة المسبقة بالإجراءات الطبية والصحية التي ستجرى له/ها وذلك بتوفير المعلومات اللازمة عنها.
2. إشراك متلقي/ة الخدمة في إدارة حالته/ها الصحية وصنع القرار لضمان سلامة وجودة الرعاية الصحية المقدمة.
3. توفير الحماية القانونية للكوادر المعنية.
4. تطبيق القوانين والأنظمة والتعليمات المعمول بها في المملكة الأردنية الهاشمية الخاصة بالموافقة الحرة المستنيرة.

التعريفات:

1. الموافقة الحرة المستنيرة: رضا متلقي/ة الخدمة أو من يمثله/ها قانونًا عن كل إجراء طبي أو صحي، علاجيًا أو وقائيًا بعد إخباره/ها بطريقة ي/تفهمها بمضمونه ونتائجه وآثاره الإيجابية و/أو السلبية وبدائله (قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة رقم 20 لسنة 2017)، (معايير اعتماد المستشفيات من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الطبعة الرابعة عام 2020).
2. الإجراءات الطبية والصحية: الفحص السريري والمخبري والشعاعي والمعالجة الفيزيائية والاختصاصية والاستشارات الطبية والعمليات الجراحية والولادة والأدوية والإقامة أو أي إجراء له علاقة بتقديم الخدمة في المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة (قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018).
3. المنشآت: المستشفيات ومديريات الصحة والمراكز الصحية وبنوك الدم التابعة لوزارة الصحة.
4. المنشآت الصحية: المستشفيات والمراكز الصحية وبنوك الدم التابعة لوزارة الصحة.
5. المراكز الصحية: كافة المراكز الصحية الشاملة والأولية والفرعية والمتخصصة التابعة لوزارة الصحة.
6. متلقي/ة الخدمة: الشخص الذي يخضع للإجراءات الطبية والصحية من قبل مقدم/ة الخدمة (معايير اعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية من مجلس اعتماد المؤسسات الصحية الطبعة الرابعة عام 2022).

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

7. مقدم/ة الخدمة: أي شخص طبيعى أو اعتباري يزاول مهنة من المهن الطبية أو الصحية وي/تقوم بعمل من أعمال الخدمة أو ي/تشارك في القيام بها وفقاً لأحكام التشريعات المعمول بها (قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018).

8. الحالة المهددة للحياة: أي حالة قد تسبب الوفاة إذا لم يتم علاجها بسرعة وبشكل مناسب ويشمل ذلك مجموعة واسعة من حالات الطوارئ الطبية الحادة، مثل الصدمات الشديدة والنوبات القلبية والسكتات الدماغية فضلاً عن الحالات المزمنة التي قد تصبح مهددة للحياة إذا تفاقت أو لم تتم إدارتها بشكل صحيح (منظمة الصحة العالمية).

9. الحالة الطارئة: حالة تتطلب عناية طبية فورية لمنع حدوث عواقب صحية خطيرة مثل إصابة بالغة أو إعاقة أو وفاة يمكن أن تشمل هذه الحالات مجموعة واسعة من السيناريوهات بما في ذلك الأمراض المفاجئة أو الحوادث أو الكوارث الطبيعية أو نقشي الأمراض المعدية (منظمة الصحة العالمية).

10. الرفض الحر المستنير: عدم الموافقة للخضوع لأي إجراء طبي أو صحي علاجياً أو وقائياً، ضرورياً أو اعتيادياً (غير طارئ).

11. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة: التفويض الطبي الذي يتم التوقيع عليه خطياً من قبل متلقي/ة الخدمة "أو من ينوب عنه/ا قانوناً" ومقدم/ة الخدمة، ويسبق القيام بالإجراء الطبي أو الصحي ويختلف محتواه باختلاف الإجراء ويُناقش معه/ا بشكل تفصيلي.

12. عناصر نموذج الموافقة الحرة المستنيرة: مجموعة من الشروط الواجب توفرها في كل نموذج موافقة حرة مستنيرة وهي:

12.1 البيانات الخاصة بكل من (اسم المنشأة والقسم) ومتلقي الخدمة (الاسم الكامل، العمر أو تاريخ الميلاد، الجنس، الرقم الوطني أو التسلسلي) ومقدم الخدمة (الاسم والتوقيع والختم) واليوم والتاريخ والوقت.

12.2 الشمول بمراعاة متطلبات الوصول المختلفة لمتلقي/ة الخدمة مثل توفير النماذج بأشكال تناسبه/ا.

12.3 الإفصاح ومعرفة كل ما سيتم القيام به، والأثر الطبي والقانوني المترتب على موافقة متلقي/ة الخدمة أو رفضه/ا الإجراء الطبي أو الصحي بكل وضوح، وتجنب استخدام المصطلحات الطبية، ومراعاة المستوى التعليمي.

12.4 الموضوعية بحيث ي/تجرد القائمون/ات على تطويره من أي أحكام أو افتراضات مسبقة، مثل النظرة النمطية الأبوية اتجاه متلقي/ة الخدمة.

12.5 التشخيص ويشمل طبيعة المرض أو الإصابة أو الحالة الطبية التي يعاني منها متلقي/ة الخدمة.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

- 12.6 طبيعة الإجراءات الطبية والصحية المقترحة والغرض منها.
- 12.7 توضيح للمخاطر الكبيرة والفوائد المحتملة والشكوك التي تنطوي عليها الإجراءات الطبية والصحية المقترحة بما في ذلك احتمالات نجاحها.
- 12.8 توضيح للبدائل والمخاطر الكبيرة والفوائد المحتملة التي تنطوي عليها.
- 12.9 العواقب المترتبة على رفض الاجراء الطبي أو الصحي.
13. العلاج: ما يقدم لمتلقي/ة الخدمة بهدف وقائي أو علاجي ومن شأنه النهوض بصحته/ا وتقليل أو منع المضاعفات.
14. المستشفى الافتراضي: منشأة تقدم مجموعة من خدمات الرعاية الطبية والصحية عن بعد باستخدام تكنولوجيا المعلومات والوسائل الإلكترونية المتقدمة وتشمل على الاستشارات والتشخيص والعلاج والتدخلات الطبية ومراقبة متلقي/ات الخدمة عن بعد عن طريق المنصات الرقمية بسهولة ومرونة.
15. الإجراءات الطبية التي تتطلب توقيع متلقي الخدمة خطياً أو من ينوب عنه/ا قانوناً قبل تقديم الإجراء في المستشفى:
- 15.1 الدخول إلى المستشفى.
- 15.2 العمليات الجراحية بجميع أنواعها.
- 15.3 التخدير بأنواعه.
- 15.4 نقل الدم ومكوناته للحالات غير الطارئة.
- 15.5 الإجراءات أو المعالجات شديدة الخطورة (كالعلاج بالصدمة الكهربائية والعلاج بالأشعة والعلاج الكيميائي).
- 15.6 التبرع بالأعضاء والأنسجة وزراعتها.
- 15.7 سحب الدم العلاجي: ويتم أيضاً في بنوك الدم.
- 15.8 خياطة الجروح.
- 15.9 الخزعات بأنواعها.
- 15.10 القسطرة الوريدية المركزية والقسطرة الشريانية.
- 15.11 الأشعة التشخيصية والصور الشعاعية التي يستخدم فيها مادة ملونة و/أو تخدير.
- 15.12 إعطاء المواد المشعة لغايات علاجية أو تشخيصية.
- 15.13 بزل الظهر (Lumbar puncture) والنخاع الشوكي.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

- 15.14 تنظير مختلف تجايف الجسم.
- 15.15 الإجراءات المتعلقة بالجهاز التنفسي الاختيارية (Elective Intubation) مثل تركيب الأنبوب الرغامي (Endotracheal tube) أو أنبوب القصبة الهوائية (Tracheostomy).
- 15.16 المشاركة في البحث العلمي.
- 15.17 تركيب وصلات وغسيل الكلى.
- 15.18 غسيل الكلى (Hemodialysis) وغسيل الكلى البريتوني (Peritoneal Dialysis)
- 15.19 زراعة الأسنان.
- 15.20 تلقي خدمات المستشفى الافتراضي.
- 15.21 أي مستجدات قانونية تتعلق بالإجراءات الطبية والصحية.
- 15.22 أخرى: أي إجراء يراه الطبيب موجباً لتوقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج موافقة حرة مستنيرة مع ذكر الإجراء في النموذج المستخدم.
16. الإجراءات الطبية التي تتطلب توقيع متلقي الخدمة خطياً أو من ينوب عنه قانوناً قبل تقديم الإجراء في المركز الصحي:
- 16.1 تركيب غرسات الإمبلانون.
- 16.2 تركيب اللولب.
- 16.3 القلع الجراحي للأسنان.
- 16.4 خياطة الجروح.
- 16.5 زراعة الأسنان.
- 16.6 أي مستجدات قانونية تتعلق بالإجراءات الطبية والصحية.
- 16.7 أخرى: أي إجراء يراه الطبيب/ة موجباً لتوقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج موافقة حرة مستنيرة مع ذكر الإجراء في النموذج المستخدم.
17. يتم الحصول على موافقة متلقي/ة الخدمة خطياً لعمر 18 سنة وأكثر أما في حال فقدان الأهلية فيتم الحصول على الموافقة من قبل الأطراف المخولة قانوناً لاتخاذ القرار نيابةً عنه/ها وذلك حسب القوانين الأردنية المعمول بها كالتالي:
- 17.1 الأب أو الأم لمتلقي/ة الخدمة (18 سنة فما دون) أو الوصي القانوني لمتلقي/ة الخدمة.

MASTER COPY

5



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستتيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

17.2 في الحالات التي تفوض المحكمة أو السلطات القانونية شخصاً أو مؤسسة للقيام بالإجراء أو العلاج ويتم ذلك حسب النصوص القانونية المعمول بها.

المسؤوليات:

1. كادر السجل الطبي في المنشأة الصحية:

1.1 توفير جميع نماذج الموافقة الحرة المستتيرة لجميع الأقسام المعنية بكل نموذج.

1.2 حفظ النماذج الموقعة حسب الأصول في السجل الطبي.

1.3 توقيع متلقي/ة الخدمة على النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستتيرة عند الدخول إلى المستشفى من ضمن إجراءات الدخول للمستشفى.

2. لجنة السجلات الطبية وإدارة المعلومات: مراجعة النماذج الموقعة حسب الأصول في ملفات متلقي/ات الخدمة للتأكد من التزام الكوادر بها.

3. الطبيب/ة المعالج/ة أو من سيقوم بالإجراء في المنشأة الصحية:

3.1 الشرح لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً عن الإجراء الطبي والصحي بوضوح وشفافية وبلغة ي/تفهمها.

3.2 توقيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً على نموذج الموافقة الحرة المستتيرة قبل البدء بالإجراء الطبي والصحي وحفظه داخل الملف الطبي.

4. التمريض والقابلات والفتيون/ات في المنشأة الصحية: التأكد من وجود نماذج الموافقة الحرة المستتيرة موقعة داخل الملف الطبي قبل القيام بالإجراء الطبي أو الصحي الذي يحتاج إلى توقيع مسبق من متلقي/ة الخدمة وحفظه في الملف الطبي الخاص به/ها.

5. مسؤولو/ات الأقسام في المنشأة الصحية:

5.1 تعريف الكادر الجديد في المنشأة الصحية على عملية الحصول على الموافقة الحرة المستتيرة من متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً والإجراءات الطبية والصحية التي تتطلب الحصول على الموافقة المسبقة.

5.2 متابعة توفر نماذج الموافقة الحرة المستتيرة وحفظ الموقع منها في الملف الطبي لمتلقي/ة الخدمة.

6. وحدة الجودة في المستشفى ومديرية الصحة: توعية وتدريب الكوادر على دليل الموافقة الحرة المستتيرة واستخدام النماذج ومتابعة تعبئتها بالشكل الصحيح وحسب الأصول.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

7. لجنة تحسين الجودة وسلامة المستفيدين: متابعة نتائج المؤشرات ومناقشتها ووضع الخطط التحسينية ومتابعة تعبئة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة حسب الأصول.
 8. وحدة التوعية والإعلام الصحي في مديريات الصحة: تدريب الكوادر في مديريات الصحة والمراكز الصحية على استخدام نماذج الموافقة الحرة المستنيرة الخاصة بهم وتوعية المجتمع المحلي بأهمية الموافقة الحرة المستنيرة من خلال لجان المجتمع المحلي المشكلة.
 9. وحدة التعليم المهني المستمر: تدريب الكوادر على طريقة استخدام وتعبئة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة حسب الأصول.
 10. مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة: التعديل على النماذج واستحداث نماذج جديدة واعتمادها حسب الأصول.
- الأدوات:**

1. الملف الطبي الورقي/ الإلكتروني.
2. الماسح الضوئي (إن وجد).

الإجراءات:

1. يقوم كادر السجل الطبي بما يلي:
 - 1.1 الحصول على موافقة متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ا قانوناً في قسم الإدخال وفقاً للنموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى وتوقيعه/ا عليه.
 - 1.2 حفظ نموذج الموافقة الحرة المستنيرة المعبأ في الملف الطبي الورقي مع مراعاة الحفاظ على أمن وسرية المعلومات الخاصة بمتلقي/ة الخدمة وضمان وجود ملف طبي واحد لكل متلقي/ة خدمة.
 - 1.3 مسح نموذج الموافقة الحرة المستنيرة المعبأ حسب الأصول ورفعها على ملف متلقي/ة الخدمة الإلكتروني (إن توفر الماسح الضوئي) ويحفظ النموذج الورقي في الملف الطبي الورقي.
 - 1.4 حفظ نموذج الموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة في البحث العلمي في ملف خاص بالأبحاث.
 - 1.5 حفظ نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول في ملف متلقي/ة الخدمة.
2. يقوم التمريض والقابلات والفنيون/بات في المنشأة الصحية بما يلي:
 - 2.1 التأكد من تواجد كافة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة التي يحتاجها القسم.
 - 2.2 التأكد من أن النماذج داخل الملف الطبي قبل تعبئته من الشخص المعني.

MASTER COPY



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستتيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

- 2.3 التأكد من أن النماذج معبئة حسب الأصول وموقعة ومختومة من قبل الطبيب/ة المعالج/ة وقبل تقديم الإجراء.
3. /ي/تقوم الطبيب/ة المعالج/ة أو من سي/تقوم بالإجراء بما يلي:
- 3.1 الشرح لمتلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا بلغة واضحة /ي/تفهمها وي/تقوم بمناقشة ما يلي:
- 3.1.1 التشخيص وطبيعة الحالة المرضية أو الإصابة.
- 3.1.2 طبيعة الإجراء والهدف منه.
- 3.1.3 الفائدة المترتبة عليه والمخاطر والمضاعفات ونسب النجاح المتوقعة.
- 3.1.4 فوائد البدائل العلاجية ومخاطرها "إن وجدت".
- 3.1.5 الآثار الجانبية والمخاطر المترتبة على عدم القيام بالإجراء الطبي أو الصحي.
- 3.2 تشجيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا على طرح الأسئلة والإجابة على جميع استفساراته/ها بلغة سهلة وي/تفهمها.
- 3.3 توثيق التثقيف الصحي المقدم لمتلقي/ة الخدمة على الملف الطبي الخاص به/ها.
- 3.4 الحصول على توقيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا على نموذج الموافقة الحرة المستتيرة الخاص بالإجراء الطبي والصحي.
4. في حال كان التدخل الجراحي يتضمن أكثر من مرحلة فإنه لا يشترط الحصول على الموافقة الحرة المستتيرة عند كل مرحلة ويجب توضيح ذلك في النموذج.
5. يكون النموذج موقعاً حسب الأصول من قبل جميع الأطراف المعنية بالنموذج قبل الاجراء ويعد لاغياً إذا تجاوز التوقيع "24 ساعة" إلا في الحالات المذكورة في بند "6".
6. يعتبر نموذج الموافقة الحرة المستتيرة صالح لمدة شهر من تاريخ توقيع متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا على أن تتوفر الشروط التالية:
- 6.1 بقاء متلقي/ة الخدمة في المستشفى طيلة هذه الفترة.
- 6.2 لم يحدث تغيير على حالة متلقي/ة الخدمة.
- 6.3 لم يتغير الإجراء أو العلاج.
- وفي حال حدوث أي إخلال في الشروط الثلاثة السابقة، فإن ذلك يتطلب الحصول على موافقة جديدة من متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

ويستثنى من ذلك متلقي/ة الخدمة الذي/التي ي/تدخل مسار علاج معين، وهذا المسار لا يتغير من زيارة لأخرى وبالتالي يتم أخذ الموافقة في بداية العلاج، أما إذا تغير الفريق الطبي أو تغير المسار العلاجي فيتم أخذ موافقة جديدة (مثال: مرضى غسيل الكلى، والتلاسيما، والعلاج الكيماوي).

7. إذا كان/ت المريض/ة في حالة غيبوبة أو مجهول/ة الهوية أو ي/تفتقر للصفة القانونية (مثل: الأطفال ...) ويجب عليه/ا التوقيع على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة ولم يكن هناك من ذويه/ا من يمكنه التوقيع نيابة عنه/ا وي/تعتبر حالة طارئة ويكون التأخير فيه مخاطر بالغة، فيتم تشكيل لجنة مكونة من طبيبي/تان اختصاص لأخذ القرار الطبي وفي حال كان/ت كل طبيب/ة له/ا رأي مختلف يتم استشارة طبيب/ة ثالث/ة وأخذ القرار بالأغلبية، ومن ثم تقديم الخدمة الطبية اللازمة لمتلقي/ة الخدمة حسب ما تقتضيه حالته/ا الصحية والتي تقرها اللجنة ويوثق ذلك على الملف الطبي ويتم التواصل مع المدعي العام الشرعي بعد الاجراء الطبي في الحالات التي تم اتخاذ قرار بشأنها.

8. في الحالات الطارئة وعندما ي/تقرر الطبيب/ة أن التأخير في تقديم العلاج أو الإجراء هو تهديد لحياة متلقي/ة الخدمة وقد يسبب مخاطر بالغة يتم اتخاذ الإجراءات التالية:

8.1 تقييم قدرة متلقي/ة الخدمة على إعطاء الموافقة وفي حال عدم القدرة يتم البحث عن ينوب عنه/ا قانوناً للتوقيع على النموذج.

8.2 توثيق ظروف الحالة الطارئة التي تم القيام بالإجراء لها.

8.3 البدء بالإجراء الطبي دون موافقة متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ا قانوناً "إن لم يتوفر" ويتم التواصل مع المدعي العام الشرعي بعد الاجراء الطبي في الحالات التي تم اتخاذ قرار بشأنها.

استناداً إلى المادة (8) بند (أ) من قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم (25) لسنة 2018 يحظر على مقدم الخدمة ما يلي: أ. معالجة متلقي الخدمة دون رضاه وتستثنى من ذلك الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة لأي سبب من الأسباب أو التي يكون فيها المرض معدياً أو مهدداً للصحة أو السلامة العامة وفق ما ورد في التشريعات النافذة.

9. في الحالات غير الطارئة لمجهول/ة الهوية ي/تقوم الطبيب/ة بالتواصل مع المدعي/ة العام/ة الشرعي/ة الذي/التي بدوره/ا ي/تمثل متلقي/ة الخدمة وي/تقوم بالإيعاز للطبيب/ة بالقيام بالإجراء الطبي أو الصحي وفق الأصول الطبية والدستور الطبي وبما يحقق المصلحة الفضلى.

Amr Alshammal
MASTER COPY

9



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

10. متلقي/ة الخدمة الذي/التي ي/ترغب في الاشتراك في الأبحاث العلمية داخل المنشآت التابعة لوزارة الصحة سي/توقع على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة قبل الاشتراك في البحث بحيث يتضمن النموذج على العناصر الأساسية وهي أهداف البحث وفوائده وأي مخاطر أو مضايقات متوقعة والإجراءات البديلة المناسبة أو دورات العلاج (حسب طبيعة البحث) ومدة مشاركة المشترك/ة والمتطوع/ة والشخص الذي يمكن الاتصال به للحصول على إجابات عن الأسئلة أو في حالة حدوث إصابة أو طوارئ متعلقة بالبحث وبيان أن المشاركة طوعية وأن رفض المشاركة لن يؤدي إلى أي عواقب أو أي خسارة في المزايا التي يحق للشخص الحصول عليها وبيان حق المشارك في السرية والحق في الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون أي عواقب ويتم الاحتفاظ بالوثائق في السجلات الطبية لإبلاغ مقدمي الرعاية الصحية ذوي الصلة بموضوع مشاركة موضوع البحث في الأبحاث. للدراسات التي قد تؤثر على صحة الشخص وعلاجه وإذا تغيرت نسبة المخاطر والمزايا، فيتم إبلاغ المشاركين بالتغيير ثم يطلب منهم إعادة الموافقة على المشاركة في البحث.
11. في حالة التبرع وزراعة الأعضاء ي/تقوم الطبيب/ة المعالج/ة بتوقيع المتبرع/ة بالعضو ومتلقيه/ته على نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة ونموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير بالإضافة إلى الاستمارة المعتمدة من المركز الأردني لزراعة الأعضاء.
12. يتم استخدام "استمارة الموافقة على الإجراءات الطبية" في حالات العنف المذكورة في دليل العاملين في وزارة الصحة للتعامل مع حالات العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري وحماية الطفل لسنة 2021, ومن ثم استخدام النماذج المعتمدة في هذه السياسة لأي إجراء يتطلب موافقة حرة مستنيرة "المذكور أعلاه".
13. يجب أن يكون نموذج الموافقة الحرة المستنيرة الموقع خاص بالإجراء أو العلاج المراد تقديمه لمتلقي الخدمة ويكون التوقيع عليه طوعياً ومبنيًا على المعرفة التامة واختيارياً بحيث يحق لمتلقي/ة الخدمة رفض العلاج أو العملية أو الإجراء أو الدخول بعد أن يتم تزويده/ها بكافة المعلومات المتعلقة بفوائده ومخاطره والبدائل الممكنة وفي حال رفض متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً فعليه يجب أن ي/توقع على نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول من قبل الطبيب/ة المعالج/ة وتوثيق وحفظ النموذج في الملف الطبي.
14. في حال رفض متلقي/ة الخدمة توقيع نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول يتم توقيع الطبيب/ة المعالج/ة على النموذج وكتابة أن متلقي/ة الخدمة رفض التوقيع على نموذج الرفض.
15. على مقدمي/ات الخدمات الطبية والصحية إيجاد الطريقة المثلى في التعامل مع الأشخاص من ذوي الإعاقة وكبار السن والأطفال والأميين كما هو موضح في الدليل الإرشادي للموافقة الحرة المستنيرة.



وزارة الصحة
سياسات وإجراءات

MOH	POL	D	PR	05	رمز السياسة	اسم السياسة: الموافقة الحرة المستنيرة
					الطبعة: الثانية	عدد الصفحات: 11 صفحة

16. يعتبر تركيب القسطرة الوريدية (Cannula) والقسطرة البولية وأنبوب التغذية المعدي (OGT and NGT) من الإجراءات الروتينية التي يشملها النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى.
17. على مقدمي/ات الخدمات الطبية والصحية الحصول على موافقة خطية من متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانوناً قبل التقاط صورة أو تسجيل صوتي أو تصوير فيديو في المستشفى الافتراضي أو غيره.
18. يتم الاحتفاظ بنماذج الموافقة الحرة المستنيرة الموقعة حسب الأصول في الملف الطبي لمتلقي/ة الخدمة.
19. يجب أن يتوفر النموذج موقع حسب الأصول في ملف متلقي/ة الخدمة الطبي في كل مرة يتم فيها استخدام الخدمة التي تحتاج لتوقيعه/ها وفي حال عدم توفر النموذج في الملف يتم توقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج جديد.
20. يجب أن تكون عناصر النموذج مكتملة في حال استجد نموذج جديد واعتماده حسب الأصول من خلال مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة.

النماذج / المرفقات:

1. قائمة النماذج المستخدمة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.
2. نماذج الموافقة الحرة المستنيرة.
3. نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول.

مؤشرات الأداء:

1. نسبة التزام الكوادر بتعبئة نماذج الموافقة الحرة المستنيرة حسب الأصول (عدد النماذج الموقعة / عدد متلقي الخدمة الذين تم اجراء لهم اجراء يحتاج إلى موافقة حرة مستنيرة) ربعياً.

المراجع:

1. الدليل الإرشادي للموافقة الحرة المستنيرة الإصدار الثاني لسنة 2024.
2. قانون المسؤولية الطبية والصحية رقم 25 لسنة 2018.
3. قانون حماية البيانات الشخصية رقم 24 لسنة 2023.
4. نظام التأمين الصحي المدني وتعديلاته رقم (83) لعام 2004.
5. منظمة الصحة العالمية.



وزارة الصحة

مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة

قائمة النماذج المستخدمة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة وصلاحيته

اسم النموذج	استخداماته	صلاحيته
1. النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى	يستخدم عند الدخول للمستشفى في كل مرة.	تنتهي صلاحيته بخروج متلقي/ة الخدمة من المستشفى.
2. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير	يستخدم في حال إعطاء المريض/ة أي نوع من أنواع التخدير في المستشفيات.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الاجراء الذي تم له التخدير.
3. نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول	يستخدم النموذج في حال رفض متلقي/ة الخدمة أي إجراء طبي أو صحي أو علاج أو عملية أو دخول في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته برضا متلقي/ة الخدمة باتخاذ الاجراء / العملية / العلاج / الدخول ويتم بتوقيعه/ها على النموذج الخاص بالخدمة.
4. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة الطوعية في البحث العلمي	يستخدم عند مشاركة متلقي/ة الخدمة في الأبحاث التي يتم فيها اختبار علاج أو إجراء عليه أو تحتاج إلى معلومات وآراء شخصية تخصه/ها في المنشآت التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الوقت المتفق عليه مع المشارك/ة في النموذج.
5. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإعطاء العلاج الكيماوي / البيولوجي	يتم توقيع متلقي/ة الخدمة الذي/التي يـ/تسلك مسار العلاج الكيماوي / البيولوجي أيًا كان التشخيص مرة واحدة لكل مسار بحيث لم يتغير الفريق الطبي والمسار وفي حال تغير الفريق أو المسار أو نوع العلاج يتم أخذ موافقة جديدة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء المسار العلاجي المتفق عليه مع متلقي/ة الخدمة أو تغير الفريق المعالج أو المسار العلاجي أو نوع العلاج.
6. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو خزعة	يعتبر هذا النموذج عام ويستخدم لجميع الإجراءات الطبية والصحية والعلاجات والأشعة وأنواع الخزعات والتبرع بالأعضاء وزراعتها وغيرها. بالإضافة إلى تركيب غرسات الإمبلانون وتركيب اللولب في المستشفيات.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الاجراء / العملية / العلاج / الخزعة ويجدد في كل اجراء جديد ويمكن استخدامه في الحالات التي ي/تراها الطبيب/ة موجبة لأخذ موافقة متلقي/ة الخدمة.
7. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة	يستخدم للحالات النسائية الخاصة التي تحتاج إلى موافقة الزوج مثل استئصال	تنتهي صلاحيته بانتهاء العملية وما يرتبط فيها من اجراءات.



وزارة الصحة

مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة

اسم النموذج	استخداماته	صلاحيته
إجراء عملية للحالات الخاصة بالنسائية	الرحم أو ربط الأنابيب أو غيرها في المستشفيات.	
8. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لنقل الدم ومكوناته	يستخدم في حالات إعطاء الدم و/أو مكوناته لمتلقي/ة الخدمة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء نقل الدم خلال فترة الدخول إلى المستشفى وينتهي بخروج متلقي/ة الخدمة من المستشفى. أما من يسلكون مسار علاجي معين يتم أخذ الموافقة في بداية العلاج، إلا إذا تغير الفريق الطبي أو تغير المسار العلاجي فيتم أخذ موافقة جديدة شريطة توفر النموذج في الملف الطبي في كل مرة يتم فيها إعطاء الدم وفي حال عدم توفره يتم توقيع متلقي/ة الخدمة على نموذج جديد.
9. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء عملية و/أو تخدير للحالات عالية الخطورة	يستخدم في الحالات عالية الخطورة حيث يوقع عليه طبيب/ان جراحة (أو طبيب وطبيبة) وطبيب/ة تخدير بالإضافة إلى نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة ونموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الإجراء.
10. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لسحب الدم العلاجي	يستخدم في حالات العلاج بسحب الدم من متلقي/ة الخدمة في كل مرة في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء سحب الدم.
11. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء زراعة الأسنان	يستخدم لجميع حالات زراعة الأسنان في المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الزراعة شريطة توفر النموذج في الملف الطبي في كل مرة وإن لم يتوفر يتم أخذ موافقة جديدة.
12. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية صغرى أو علاج في المراكز الصحية	يستخدم لتركيب غرسات الإميلانون تحت التخدير الموضعي وتركيب اللولب والقلع الجراحي للأسنان تحت التخدير الموضعي وخياطة الجروح	تنتهي صلاحيته بانتهاء الإجراء ولكل إجراء نموذج.

MASTER COPY

Handwritten signatures and stamps at the bottom of the page.



وزارة الصحة
مديرية التطوير المؤسسي وضبط الجودة

اسم النموذج	استخداماته	صلاحيته
13. نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لتلقي خدمات المستشفى الافتراضي	تحت التخدير الموضعي في المراكز الصحية. يستخدم لموافقة متلقي/ة الخدمة على التقاط صورة أو تسجيل صوتي أو تصوير فيديو له/ها في المستشفى الافتراضي أو غيره.	تنتهي صلاحيته بانتهاء الخدمة أو خروج متلقي/ة الخدمة من المستشفى شريطة توفر النموذج موقعا في الملف الطبي في كل مرة. أما من يسلكون مسار علاجي واحد يتم أخذ الموافقة مرة واحدة وتجدد في حال عدم توفر النموذج موقعا في الملف الطبي.

MASTER COPY



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

النموذج الطبي العام للموافقة الحرة المستنيرة عند الدخول إلى المستشفى

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أوافق على إدخال/ي / إدخال مريض/تي إلى مستشفى وكما أنني:

1. أفوض إدارة المستشفى والطبيب/ة المعالج/ة والأطباء/الطبيبات والعاملين/ات فيه من الكادر الطبي والصحي باتخاذ الإجراءات التشخيصية والطبية والعلاجية الأولية اللازمة لي من فحوصات سريرية وتحاليل طبية وصور أشعة أولية وإعطاء الأدوية الروتينية وكل ما هو لمصلحتي/ مصلحة مريض/تي حسب الحالة الصحية وبعد أخذ موافقتي في الأمور التي تحتاج لموافقة بناءً على سياسات المستشفى.
2. أفوض إدارة المستشفى بإعطاء المعلومات اللازمة إلى السلطات القضائية وأية جهة ذات علاقة عقدية أو قانونية.
3. أتعهد بالالتزام بالقوانين والأنظمة والتعليمات وسياسات المستشفى وأتحمّل كامل المسؤولية في حال عدم الإلتزام بذلك.
4. أتعهد بالمحافظة على ممتلكات المستشفى وتسيّد المبالغ المترتبة علي حسب القوانين والأنظمة المعمول بها.
5. أصرح بأنني علمت بأنه لا يجوز لي/لمريض/تي الاحتفاظ بأشياء ثمينة مثل النقود والمجوهرات والصكوك والشباب التي تفيض عن حاجتي وفي حال مخالفة ما تقدم فإن إدارة المستشفى غير مسؤولة عن فقدان أو ضياع أي شيء يخصني/ يخص مريض/تي.
6. أوافق على مشاركة بيانات ومعلومات الاتصال الشخصية الخاصة بي مثل رقم الهاتف أو غيره لأي طرف ثالث أو شريك في تطوير المعلومات لاستخدامها في تحسين جودة الخدمات الصحية مثل قياس تجربة المرضى ومدى رضاهم عن الخدمات المقدمة وعن أداء الكوادر. نعم لا
7. أوافق على مشاركة بياناتي ومعلوماتي/بيانات ومعلومات مريض/تي الضرورية للبحث العلمي أو التاريخي باستثناء البيانات الشخصية شريطة ألا يكون الغرض منها اتخاذ أي قرار أو إجراء بشأن شخص معين. نعم لا
8. لقد قرأت مضمون هذا التفويض بكافة محتوياته وأقر بجميع ما جاء فيه، كما أنه لا يجوز الطعن بصحته بأية طريقة كانت.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً: التوقيع:

اسم كاتب/ة السجل الطبي: التوقيع:

منيل

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

General Medical Informed Free Consent Form on Admission to the Hospital

Day: Date: Time:

I, the undersigned, agree that I/my patient will be admitted to hospital, and I:

1. Authorize the hospital administration, the treating physician, the doctors, and the medical and health staff to perform the necessary initial diagnostic, medical, and therapeutic procedures, including clinical examinations, medical tests, x-rays, giving routine medications, and any therapeutic procedure beneficial to my/ my patient's health. I understand that my approval will be requested for any additional procedures that require specific consent according to hospital policy.
2. Authorize the hospital administration to provide the necessary information to the judicial authorities and any party with a contractual or legal relationship.
3. Pledge to comply with all applicable laws, regulations, instructions, and hospital policies, and accept full responsibility in the event of non-compliance.
4. Pledge to preserve the hospital's property and pay the amounts owed to me in accordance with applicable laws and regulations.
5. Declare that it's not permissible for me/my patient to keep valuable items such as money, jewelry, deeds, and clothes that are more than my needs, and the hospital administration is not responsible for the loss or damage of anything that belongs to me/my patient, in the event of violation.
6. I agree to share my personal contact information with any third party or partner for use in improving the quality of health services, such as measuring my/ my patient's experience and satisfaction with the services provided and with the performance of the staff. Yes No
7. Agree to share my/my patient's data and information that is necessary for scientific or historical research purposes, and not to make any decision or action regarding a specific person. Yes No
8. Have read all the contents of this authorization and acknowledge all that is stated therein, and its validity may not be challenged in any way.

Patient's/ Person acting on their behalf's Name: **Signature:**

Medical Record Employee's Name: **Signature:**



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لنقل الدم ومكوناته

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أقر أن الطبيب/ة المعالج/ة أخبرني/تني بأني أعاني من
وأني بحاجة إلى وحدات من وذلك حسب حالتي الصحية حيث أن هذا الدم سيساعدني في التغلب على مرضي.

1. ولقد قام/ت الطبيب/ة بتوضيح الفائدة من نقل الدم أو أحد مكوناته والمضاعفات التي قد تتجم عن عدم أخذه والبدائل المتاحة له.
2. كما تم الشرح التام لي أنه قد تحدث بعض المخاطر والمضاعفات المحتملة الناجمة عن عملية نقل الدم أو أحد مكوناته، مثل:
 - تفاعلات نقل الدم مثل الحرارة، الحمى، التحسس الحاد، ضيق التنفس وتسارع ضربات القلب.
 - تأثيرات ناتجة عن عملية تحلل الدم.
 - الزيادة في سوائل الجسم.
 - مضاعفات أخرى:

3. وأني قمت بطرح الأسئلة التي أُرغب بها وتمت الإجابة على جميع استفساراتي بشكل واضح وتم ذلك:

- قراءة شفويًا بالإستعانة بمتروجم لغة الإشارة بطريقة بريل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

4. أوافق على ما تم شرحه من مخاطر، وأفوض المستشفى بنقل الدم أو أحد مكوناته المرتبطة بحالتي الصحية والتي نصح/ت بها طبيبي/تي المعالج/ة.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة المعالج/ة أشهد بأنني قد شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها عن الدم ومكوناته والمضاعفات المحتمل حدوثها والمذكورة أعلاه، وأنه من الواضح لدي أنه قد فهم/ت ذلك، وقد تم استخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعه/ها على هذا النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة المعالج/ة: التوقيع والختم:

م.ع.ر

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Blood and Blood Components Transfusion

Day: Date: Time:

I, the undersigned, acknowledge that the attending doctor..... told me that I complain from and I need units of depending on my health condition, and this blood will help me to overcome my illness.

1. The doctor has explained the benefits of blood transfusion or its component, the potential complications that may result from not receiving it, and the available alternatives.
2. It was also fully explained to me that some potential risks and complications may occur resulting from the transfusion of blood or its components, including but not limited to:
 - Blood transfusion reactions such as temperature, fever, acute allergic reactions, dyspnea, and tachycardia.
 - Effects resulting from the process of hemolysis.
 - Increase in body fluids.
 - Other complications:

3. I asked the questions I wanted to ask, and all my inquiries were answered clearly, and this was done by:

Reading Orally Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations A Sign Language Interpreter Other

4. I agree to the risks explained, and I authorize the hospital to transfuse the blood or its component according to my health condition and recommended by my attending doctor.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**

I, the doctor, certify that I have explained to the patient/the person acting on their behalf, the nature of blood and its components, as well as the potential risks and possible complications described above. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before signing this form. I answered all inquiries and am ready to answer any further questions for the patient/the person acting on their behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية أو علاج أو خزعة

اليوم: التاريخ: الساعة:
أنا الموقع/ة أدناه، أفوض والفريق الطبي في مستشفى
..... بإجراء العملية / الإجراء / العلاج التالي:
.....

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية / الإجراء / البدائل /العلاج المذكور أعلاه والغاية المرجوة منه، وكذلك المخاطر
المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى كالتالي:

..... ✓ ✓
..... ✓ ✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة بريـل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.

4. أفوض الفريق الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو
جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة لي والذي يكون فيها منعاً لأي أذى لحالتي الصحية، أو إنقاذاً لحياتي.

5. وإنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للأثار أو
المضاعفات التي قد تحدث، وإنني أوافق على ذلك.

6. توقيعي على هذا التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية / الإجراء / العلاج، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل
نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

7. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإنني مدركة تماماً لما قد يصيبني أو قد
يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا بصورة كاملة عن إجراءات العملية/الإجراء/العلاج والمضاعفات
المحتمل حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر التي قد تنتج، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعها/ها
على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى فيما يخص الإجراء المذكور
أعلاه للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

منار

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Procedure/Surgery/Treatment/Biopsy

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the doctor and the medical staff at hospital to perform the following operation/ procedure/ treatment:

I acknowledge the following:

1. The doctor has explained to me the nature of the operation/ procedure/ alternatives/ treatment mentioned above and its desired purposes, as well as the potential risks, such as the risk of bleeding or any possibility of other complications, as follows:

- ✓ ✓
- ✓ ✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other.....

3. All my inquiries have been answered satisfactorily, and I understand the risks explained to me.

4. I authorize the medical staff to take the necessary laboratory samples or blood transfusion during the operation or to perform any therapeutic, diagnostic, or surgical procedures that may need to be performed in addition to those mentioned for me to prevent any harm to my health condition, or to save my life.

5. I am aware that during the operation, circumstances may develop and require modifying or extending the duration of the operation, or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree thereto.

6. Signing this authorization is an acknowledgment of permission to carry out the operation/ procedure/ treatment, and I understand that complications may occur as a result of performing it. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.

7. **For women of gestational age:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the patient/the person acting on their behalf the operation/procedure/treatment to be performed, including the potential risks and possible complications that may occur. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before signing this form. I also answered all inquiries and am ready to answer any other questions related to the patient's health for the patient/the person acting on their behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء التخدير

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه، أفوض طبيب التخدير الدكتور/ة في مستشفى بإعطائي التخدير:

العام (General) الموضعي (Local) الشوكي (Spinal) فوق الجافية (Epidural)
 التخدير الواعي (Conscious Sedation) أخرى:

وذلك خلال الذي سيجري لي، وأقر بأنني أرغب في هذا التخدير من أجل تخفيف الألم الذي سأعرض له إن لم يتم ذلك. وأقر بما يلي:

1. أعلم بأنه يترتب على التخدير عدداً من المخاطر والمضاعفات التي قد أتعرض لها أو تحصل خلال مرحلة التخدير أو الإفاقة ومنها:

✓
✓

2. أنني أعلم بأن استخدام الأدوات في الفم من أجل المحافظة على المجرى التنفسي خلال التخدير قد ينتج عنه أضرار للفم والأسنان وقد لا يمكن تجنبها.

3. أنني أعلم بأن العلاج أو الأدوية التي أستعملها قد تسبب مضاعفات في التخدير أو الجراحة وأن المصلحة تقتضي إبلاغ الطبيب/ة مسبقاً بأي علاجات أو أدوية أستعملها.

4. أقر بأن طبيب/ة التخدير قد شرح/ت لي نوع التخدير المناسب لحالتي الذي يمكنني الخضوع له وأني أعلم بأنه أثناء خضوعي للتخدير قد تتطور ظروف تتطلب تغيير أو تمديد مدة التخدير أو إعطاء كميات من الدم أو منتجات الدم، والآثار والمضاعفات المترتبة على ذلك.

5. أنني أعلم بأنه يجب ألا أتناول أي شيء عن طريق الفم من طعام أو شراب أو التدخين قبل 8 ساعات من العملية الجراحية أو الإجراء الطبي ما لم يوصي الكادر الطبي بغير ذلك.

6. أوافق على إجراء الفحوصات وأخذ العلاجات التي تسهم بطريقة أفضل في تقييم المخاطر التي سأواجهها كجزء من الرعاية الطبية المقدمة.

7. بتوقيعي على هذا النموذج أقر بأنني أعلم بمحتويات هذه الوثيقة وأوافق على بنودها، وأني قمت بطرح الأسئلة التي أرغب بها وتمت الإجابة عنها بشكل واضح وقد تم ذلك:

قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة بريـل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

8. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلت عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإنني مدركة تماماً لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة /أو من ينوب عنه/ها قانوناً: التوقيع:

أنا طبيب/ة التخدير أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً بصورة كاملة عن التخدير ومخاطره، كما شرحت المضاعفات المحتمل حدوثها والمذكورة أعلاه، باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى تخص التخدير للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانوناً.

اسم طبيب/ة التخدير: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Anesthesia

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the anesthesiologist at hospital to administer the following anesthesia to me:

- General Local Spinal Epidural Conscious Sedation Other.....

I will receive the anesthesia type mentioned above during the that I will undergo. I acknowledge that I want to receive this anesthesia to relieve the pain that I will be exposed to if otherwise done. I also acknowledge the following:

8. I know that anesthesia entails several risks and consequences that I may be exposed to or that may occur during the anesthesia or recovery phase, such as:

- ✓ ✓
- ✓ ✓

9. I know that using instruments in the mouth to maintain the airway during the anesthesia phase might result in unavoidable damage to the mouth and teeth.

10. I am aware that the treatment or medications I use might cause complications during the anesthesia phase or surgery, and the interest requires that I have to inform the doctor in advance of any treatments or medications that I am using.

11. I acknowledge that the anesthesiologist has explained the appropriate type of anesthesia for my condition that I can undergo. In addition, I am aware that while I am in the anesthesia phase, conditions may develop and require changing or extending the duration of anesthesia or transfusing blood or blood products.

12. I understand that I should fast for 8 hours before the surgery or procedure- unless otherwise directed by medical staff.

13. I agree to undergo the tests and treatments that are necessary to assess the risks I may face as part of the medical care provided.

14. By signing this form, I acknowledge that I am aware of the contents of this document and agree to the terms thereof. I asked the questions I wanted, and they were answered clearly, and this was made clear using the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other

15. **For women of childbearing age:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.

Patient's/ person acting on their behalf's name: **Signature:**.....

I, the anesthesiologist, certify that I have fully explained the type of anesthesia and its potential risks and possible complications to the patient/the person acting on their behalf. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before he/she signed the form. I answered all inquiries and am ready to answer any further questions about the patient's health from the patient/the person acting on their behalf.

Anesthesiologist's Name: **Signature and Stamp:**



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء عملية و/أو تخدير للحالات عالية الخطورة

اليوم: التاريخ: الساعة:
أنا الموقع/ة أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في مستشفى
..... بإجراء عملية و/أو إعطاء التخدير:
 العام (General) الشوكي (Spinal) فوق الجافية (Epidural) التخدير الواعي (Conscious Sedation)
 أخرى:

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية و/أو التخدير والغاية منهما والبدائل المتوفرة، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى مثل:

✓
✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة بريل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أتفهم هذه المخاطر الموضحة لي.

4. أفوض الفريق الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة لي والذي يكون فيها منعا لأي أذى لحالتي الصحية، أو إنقاذاً لحياتي.

5. وإنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للأثار أو المضاعفات التي قد تحدث، وإنني أوافق على ذلك.

6. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية و/أو إعطاء التخدير، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

7. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإنني مدركة تمامًا لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب أشهد بأنني شرحت للمريض/ة/من ينوب عنه/ها قانونًا بصورة كاملة عن إجراءات العملية و/أو التخدير والمضاعفات المحتمل حدوثها، وأنه من الواضح لدي أنه قد فهم/ت المخاطر الناتجة عن العملية، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعه/ها على هذا النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالحالة الصحية للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة الأول/ى: التوقيع والختم:

اسم الطبيب/ة الثاني/ة: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Surgery and /or Anesthesia for High-Risk Cases

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the doctor and the medical staff at hospital to do the surgery, and/or to administer the following anesthesia to me:

- General Local Spinal Epidural Conscious Sedation Other.....

I acknowledge the following:

1. The doctor has explained to me the nature of the operation and/or anesthesia, its purpose, and the available alternatives, as well as the potential risks, such as the risk of bleeding or any possibility of other complications, such as:

- ✓ ✓
- ✓ ✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other.....

- 3. All my inquiries have been answered satisfactorily, and I understand the risks explained to me.
- 4. I authorize the medical staff to take the necessary laboratory samples or blood transfusion during the operation or to perform any therapeutic, diagnostic, or surgical procedures that may need to be performed in addition to those mentioned for me to prevent any harm to my health condition, or to save my life.
- 5. I am aware that during the operation, circumstances may develop and require modifying or extending the duration of the operation, or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree thereto.
- 6. Signing on this authorization is an acknowledgment of permission to carry out the operation/ procedure/ treatment, and I understand that complications may occur as a result of performing it. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.
- 7. **For women of gestational age:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the patient/the person acting on their behalf about the operation to be performed and/or the anesthesia to be administered. And I explained the possible complications and potential risks that may occur. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before signing this form. I answered all inquiries and am ready to answer any other questions related to the patient's health for the patient/the person acting on their behalf.

First Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....

Second Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء عملية للحالات الخاصة بالنسائية

اليوم: التاريخ: الساعة:
أنا الموقع/ة أدناه، أفوض طبيب/ة نسائية والفريق الطبي في مستشفى بإجراء عملية

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية والغاية منها والبدائل المتوفرة، وكذلك المخاطر المحتملة مثل مخاطر حدوث نزف أو أي احتمال لمضاعفات أخرى مثل:

✓ ✓
✓ ✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

قراءة شفويًا بالإستعانة بمرجم لغة الإشارة بطريقة بريل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإنني أفهم هذه المخاطر الموضحة لي.

4. أفوض الفريق الطبي بأخذ ما يلزم من العينات المخبرية أو نقل الدم أثناء العملية أو القيام بأي إجراءات علاجية أو تشخيصية أو جراحية قد يلزم عملها إضافة للمذكورة لي والذي يكون فيها منعا لأي أذى لحالتي الصحية، أو إنقاذاً لحياتي.

5. وإنني على علم بأنه أثناء العملية قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة العملية، أو القيام بإجراءات أخرى للأثار أو المضاعفات التي قد تحدث، وإنني أوافق على ذلك.

6. توقيعي على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية، وإنني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإنني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

اسم المريضة أو من ينوب عنها قانونًا: التوقيع:

اسم الزوج أو من ينوب عنه قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريضة وزوجها/من ينوب عنه و/أو عنها قانونًا بصورة كاملة عن إجراءات العملية والمضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ا قد فهم/ت المخاطر الناتجة عنها، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعه/ا على هذا النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية للمريضة وزوجها/من ينوب عنه و/أو عنها قانونًا.

اسم طبيب/ة النسائية المعالج: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
 National Number:.....
 Or, Serial Number:
 Birth Date/Age:
 Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Surgery to the Specialized Gynecological Cases

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the gynecologist and the medical staff at hospital to perform surgery.

1. The gynecologist has explained to me the nature of the operation mentioned above and its desired purposes, as well as the potential risks, such as the risk of bleeding or any possibility of other complications, including but not limited to:

- ✓ ✓
- ✓ ✓

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other.....

- 3. All my inquiries have been answered satisfactorily, and I understand the risks explained to me.
- 4. I authorize the medical staff to take the necessary laboratory samples or blood transfusion during the operation or to perform any therapeutic, diagnostic, or surgical procedures that may need to be performed in addition to those mentioned for me to prevent any harm to my health condition, or to save my life.
- 2. I am aware that during the operation, circumstances may develop and require modification or extension of the duration of the operation or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree thereto.
- 3. Signing the authorization is an acknowledgment of permission to carry out the operation, and I understand that complications may occur as a result of performing it. I agree and am completely convinced to perform it without the need for a witness.
- 4. **For women of gestational age:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.

Patient's/ Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

Husband's / Person acting on their behalf's Name **Signature:**.....

I, the Doctor, certify that I have fully explained the operation, its potential risks, and possible complications to the patient and her husband/the person acting on their behalf. It is also clear to me that they understood it. It was done by using the method mentioned above, before they signed the form. I answered all inquiries and am ready to answer any further questions related to her health for the patient and her husband/the person acting on their behalf.

Gynecologist's Name: **Signature and Stamp:**



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإعطاء العلاج الكيماوي / البيولوجي

- اليوم: التاريخ: الساعة:
- أنا الموقع/ة أدناه أفوض الطبيب/ة المعالج/ة ومساعديه/ا بمعالجتي، بإعطائي العلاج الكيماوي أو البيولوجي
1. حيث أن الفائدة من العلاج
 2. كما أفوض الطبيب/ة المعالج/ة بعمل أي إجراء طبي متعلق بإعطاء العلاج مثل الفحوصات الشعاعية والمخبرية والخزعات وغيرها من الفحوصات والجراءات اللازمة وقد يتطلب إعطاء مثل هذه العلاجات تركيب قسطرة وريدية مؤقتة أو دائمة وإعطاء أدوية لمنع حدوث الأعراض الجانبية مثل القيء والغثيان أو تقليلها.
 3. وقد علمت بأن هذه الأدوية قد يصحبها بعض الأعراض الجانبية مثل القيء والغثيان، الإسهال، الحساسية المفرطة، تساقط الشعر، تقرحات الفم، الإعياء العام، خدر في الأطراف، ضعف جهاز المناعة، فقر الدم وسهولة النزف والالتهابات وغيرها.
 4. لقد تم الشرح لي كذلك بأنه بعد اسابيع من إعطاء العلاج من المحتمل أن أصبح أكثر إرهاقًا ومتعبًا وقد يحتاج العلاج إلى شهور عديدة.
 5. كما أن الطبيب/ة المعالج/ة قد وضع/ت لي بأن هناك بعض المضاعفات التي قد تؤدي إلى إعاقات مزمنة وخطيرة مثل فشل أحد أعضاء الجسم، تحطم وتهتك الأنسجة الناتج عن تسرب المادة الدوائية تحت الجلد وغيرها من المضاعفات الخطيرة مثل:
 6. كما أن الطبيب/ة قد شرح/ت لي فوائد ونتائج العلاج والبدائل المتوفرة وفوائدها وعواقبها وعواقب رفض العلاج بشكل كامل.
 7. للذكور: لقد فهمت بأن العلاج المذكور أعلاه قد يؤثر على القدرات الجنسية وخصوصًا الحيوانات المنوية.
 8. للإناث: لقد فهمت بأن العلاج المذكور أعلاه قد يؤثر على البويضات كما يؤثر سلبًا على الحمل وأقر أنني الآن لست حاملاً وبأنه لن يتم الحمل خلال شهور من العلاج وفي حال حدوث الحمل سوف أقوم بإبلاغ طبيبي/تي المعالج/ة مباشرة.
 9. للسيدة الحامل: أدرك تمامًا لما قد يصيبني من أعراض أو مضاعفات أو قد يصيب الجنين من تشوهات خلقية.
 10. لقد علمت بأنه قد تظهر أعراض وظروف غير متوقعة خلال العلاج فإبني أفوض طبيبي/تي المعالج/ة باتخاذ كل الإجراءات الطبية اللازمة في تلك الأمور كما يراه/ا مناسبًا.
 11. وأني على علم بأنه من حقي السؤال والاستفسار في أي وقت بخصوص العلاج وأنه من حقي رفض العلاج أو الانسحاب منه في أي وقت أشاء وقد قمت بطرح الأسئلة التي أريدها جميعها وتمت الإجابة عليها من قبل طبيبي/تي المعالج/ة بشكل كامل وواضح ومفهوم وتم ذلك:

قراءة شفويًا بالاستعانة بمتروجم لغة الإشارة بطريقة بريل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ا قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ا قانونًا بصورة كاملة عن العلاج والمضاعفات المحتملة حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ا قد فهم/ت المضاعفات والمخاطر التي قد تنتج عن العلاج، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيع/ه/ا على هذا النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعلاج للمريض/ة أو من ينوب عنه/ا قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Chemotherapy / Biological Therapy Administration

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the attending doctor and their assistants to treat and give me the chemotherapy, or the biological therapy

1. The benefits are:
2. I also authorize the attending doctor to perform any medical procedure related to this treatment, such as radiological and laboratory tests, biopsies, and other necessary tests and procedures. Giving this treatment may require insertion of a temporary or permanent intravenous catheter. Also, it may require taking pre-medication to prevent the occurrence of side effects such as vomiting and nausea.
3. I learned that these medications may be accompanied by vomiting, nausea, diarrhea, hypersensitivity, hair loss, mouth ulcers, general fatigue, numbness in the extremities, low immune system, anemia, easy bleeding, infections, and others.
4. It was also explained to me that after weeks of giving the treatment, I would likely become more exhausted, and the treatment may need several months.
5. The attending doctor also explained to me that some complications may lead to chronic and serious disabilities, such as failure of one of the body's organs, tissue breakdown and loss resulting from the leakage of a chemical substance under the skin, and other serious complications like:
6. The doctor also explained to me the benefits and results of the treatment, the available alternatives, their benefits and consequences, and the consequences of completely refusing treatment.
7. **For Male:** I understand that the treatment may affect sexual abilities, especially sperm.
8. **For Female:** I understand that the treatment may affect the ovum and may negatively affect pregnancy. In addition, I acknowledge that I am not pregnant now and I will not become pregnant during months of treatment. If pregnancy occurs, I will inform my attending doctor directly.
9. **For pregnant women:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.
10. I am aware that I have the right to ask questions and seek information about my treatment at any time, and I have the right to refuse treatment or withdraw from it whenever I wish. I have asked all the questions I wanted, and all were answered in a complete, clear, and understandable manner.
11. This information was provided to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the patient/the person acting on their behalf the required treatment, the possible complications, and potential risks that may occur. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before signing this form. I answered all inquiries and am ready to answer any further questions related to this treatment for the patient/the person acting on their behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لعمل إجراء أو عملية صغرى أو علاج في المراكز الصحية

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا متلقي/ة الخدمة الموقع/ة أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في مركز صحي بإجراء العملية الصغرى / الإجراء / العلاج التالي:

العمليات الجراحية الصغرى مثل خياطة الجروح تحت التخدير الموضعي القلع الجراحي للأسنان تحت التخدير الموضعي
 تركيب غرسة امبلانون تحت التخدير الموضعي تركيب اللولب أخرى:

وأقر بما يلي:

1. قام/ت الطبيب/ة بالشرح لي عن طبيعة العملية الصغرى / الإجراء / البدائل / العلاج المذكور أعلاه والغاية المرجوة منه، وكذلك المخاطر المحتملة أو أي احتمال لمضاعفات أخرى مثل:

✓ ✓
✓ ✓

2. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:

قراءة شفويًا بالإستعانة بمتروجم لغة الإشارة بطريقة بريل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

3. لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية وإني أتفهم هذه المضاعفات والمخاطر الموضحة لي وفي حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخبار أحد أفراد الفريق الطبي دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة.

4. توقيعني على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء العملية الصغرى / الإجراء / العلاج، وإني متفهم/ة للمضاعفات التي قد تحصل نتيجة لذلك وإني موافق/ة ومقتنع/ة تمامًا بإجرائه ودون الحاجة لشاهد.

5. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإني مدركة تمامًا لما قد يصيبيني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت لمتلقي/ة أو من ينوب عنه/ها بصورة كاملة عن العملية الصغرى / الإجراء / العلاج، وكذلك المضاعفات المحتمل حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر التي قد تنتج، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعها/ه على النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بصحة متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Procedure/ Minor Surgery/ Treatment in Primary Healthcare Centers

Day: Date: Time:

I, the undersigned client, authorize the doctor and the medical staff at health center to perform the following minor operation/ procedure/ treatment:

- Surgical tooth extraction under local anesthesia. IUD insertion.
- Minor surgical procedures, such as suturing a wound under local anesthesia.
- Implantation of the contraceptive implant (Implanon) under local anesthesia. Other:

I therefore acknowledge the following:

1. The doctor has explained to me the nature of the minor operation/ procedure/ alternatives/ treatment mentioned above and its intended purpose, as well as the potential risks or any possibility of other complications, such as the following:

-
-

2. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Others

3. All my inquiries have been answered satisfactorily, and I understand these potential complications and risks. If any complications occur, I will inform at least one member of the medical team without delay to take the appropriate actions.

4. Signing this authorization is an acknowledgement of permission to perform the minor operation/ procedure/ treatment, and I understand that complications may occur as a result of performing it. I agree and am fully convinced to perform it without the need for a witness.

12. **For women of gestational age:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.

Client's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the client/the person acting on their behalf the operation/ procedure/ treatment to be performed, including the potential risks and possible complications that may occur. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before signing this form. I also answered all inquiries and am ready to answer any further questions related to the client's health for the client/the person acting on their behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لإجراء زراعة الاسنان

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا متلقي/ة الخدمة الموقع/ة أذناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في بإجراء عملية جراحية لزراعة الأسنان تحت التخدير الموضعي بهدف تعويض الأسنان المفقودة وإجراء الاجراءات العلاجية والجراحية المصاحبة لذلك واللازمة عند الحاجة لها والتي يرونها مناسبة لي (على سبيل المثال لا الحصر: زراعة عظم، رفع الجيب الفكّي، صور شعاعية مقطعية...الخ).

وأقر بما يلي:

1. أنه تم اطلاعي والشرح لي كافة الإجراءات الجراحية الطبية الحالية والمستقبلية والهدف منها وكافة النتائج المتوقعة والوقت التقريبي المتوقع لإنهاء المعالجة وإني موافق/ة ومقتنع/ة تماماً بإجرائها وأنه قد تمت الإجابة على كافة استفساراتي بصورة مرضية.
2. تم الشرح لي بشكل كافٍ عن المضاعفات المحتملة حدوثها وإني أفهم المخاطر وأنه في حال حدوث أي منها فسوف أقوم بإخبار الفريق الطبي دون تأخير لمباشرة الإجراءات المناسبة.
3. أنني قدمت كافة المعلومات اللازمة عن حالتي الصحية بما فيها السيرة المرضية وأتعهد بالالتزام بالتعليمات التي شرحها/تها الطبيب/ة بعد الاجراء الطبي بما فيها العناية بصحة الفم والمتابعة الدورية وأخذ العلاجات اللازمة والالتزام بالاستشارات الطبية المطلوبة للتخصصات الأخرى حيث يلزم.
4. أنه لا يوجد ضمان لنجاح زراعة الاسنان وأن وزارة الصحة غير ملزمة بإعادة الجراحة أو إعادة الرسوم المدفوعة في حال فشلت الزراعة.
5. أنني علم بأنه أثناء الخطة العلاجية لزراعة الأسنان قد تتطور ظروف تتطلب تعديل أو تمديد مدة الخطة العلاجية أو القيام بإجراءات أخرى للأثار أو المضاعفات الي قد تحدث وإني أوافق على ذلك.
6. كما أنه تم الشرح لي عن الحالة وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وتم ذلك:
 قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة بريـل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:
7. للسيدات في سن الحمل: لقد سُئِلْتُ عن احتمالية الحمل عندي في وقت عمل الفحص، وإني مدركة تماماً لما قد يصيبني أو قد يصيب الجنين من أعراض أو مضاعفات إذا كنت حاملاً.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا بصورة كاملة عن إجراءات العملية والمضاعفات المحتملة حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ها قد فهم/ت المخاطر التي قد تنتج، وقد تم ذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، وذلك قبل توقيعه/ها على هذا النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالعملية للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Dental Implant

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the doctor and the medical staff at to perform dental implant surgery under local anesthesia to replace missing teeth and perform the necessary associated therapeutic and surgical procedures when needed and which they deem appropriate for me (such as bone implant, maxillary sinus lift, CT radiographs, ...).

I acknowledge the following:

1. The doctor has informed and explained to me all current and future medical and surgical procedures, their purpose, all expected results, and the approximate expected time for completing the treatment. I agree and am completely convinced to perform them, and all my inquiries have been answered satisfactorily.
2. The complications that might occur were explained, and I understood the risks. In addition, if any of these occur, I will inform the medical team, without any delay, to take the appropriate actions.
3. I have provided all necessary information related to the operation, including my medical history, and I pledge to adhere to the instructions explained by the doctor after the medical procedure, including oral health care, periodic follow-up, taking the necessary treatments, and adhering to the medical consultations required for other specialties where necessary.
4. There is no guarantee for the success of dental implants, and the Ministry of Health is not obligated to repeat the surgery or return the fees paid if the implant fails.
5. I am aware that during the treatment plan for dental implants, circumstances may develop and require modifying or extending the duration of the treatment plan or taking other actions due to the effects or complications that may occur, and I agree to that.
6. The condition, treatment method, complications, and available alternatives were also explained to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
 A Sign Language Interpreter Other.....

7. **For women of gestational age:** I have been asked about the possibility of pregnancy at the time of the examination, and I fully understand the symptoms or complications that may affect me or the fetus if I am pregnant.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the doctor, certify that I have fully explained to the patient/the person acting on their behalf the required treatment and explained the potential risks and possible complications that may occur. It is also clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before he/she signed the form. I answered all inquiries and am ready to answer any other questions related to the patient's health for the patient/the person acting on their behalf.

Doctor's Name: **Signature and Stamp:**.....



Patient Label

اسم المريض:

الرقم الوطني:

أو الرقم التسلسلي:

تاريخ الميلاد/العمر:

الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة للمشاركة الطوعية في البحث العلمي

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه أتطوع في البحث العلمي الذي بعنوان تحت إشراف أو
أحد المشاركين/ات مع/ها بمستشفى / مركز صحي والمتضمن
.....
وبذلك أقر بأنني:

1. على دراية بالمعلومات المتعلقة بتطوعي في هذا البحث وأن الباحث /ة..... قد أوضح /ت لي طبيعة وأهداف هذه الدراسة، وأتيحت لي الفرصة لتوجيه جميع الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة وتلقيت الإجابات الكاملة وبتوقيعي على هذا النموذج أقر بأنني على علم بمحتويات هذه الوثيقة وأوافق على بنودها وتم ذلك:

قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة بريـل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

2. أفهم بأن الفائدة من الدراسة هي:

✓
✓

3. الفترة الزمنية المتوقعة للدراسة هي:

4. الإجراءات البديلة هي (إن وجدت):

5. المضاعفات والمخاطر المتوقعة هي (إن وجدت):

✓
✓

6. أفهم بأن لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض وإنهاء تطوعي بهذه الدراسة في أي وقت أرغب مع علمي بجميع العواقب والمخاطر المترتبة على انسحابي من الدراسة (إن وجدت) كما أفهم بأن انسحابي من هذه الدراسة لن يؤثر على حقي في تلقي الرعاية الطبية اللازمة والتي تمنح للمتطوعين بالدراسة أو استحقاقها في الأحوال العادية.

7. وأفوض فريق البحث العلمي باستخدام المعلومات الطبية والإدارية من الملف الطبي الخاص بي ضمن متطلبات البحث.

اسم المشارك/ة من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أقر بأنني قد شرحت للمتطوع/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا والمذكور/ة أعلاه بصورة كاملة طبيعة وأهداف البحث المذكور، كما قد شرحت له/ها المضاعفات المحتمل حدوثها من إجراء هذه الدراسة سواء كانت لأسباب معروفة أو غير معروفة. كما أنه من الواضح لدي بأنه/ها قد فهم/ت طبيعة الدراسة والغرض منها والمخاطر الناتجة عنها (إن وجدت)، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعه/ها على الموافقة بالتطوع، وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة متعلقة بهذه الدراسة للمشارك/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الباحث/ة الرئيسي/ة أو أحد المشاركين/ات مع/ها التوقيع:

رقم الهاتف: البريد الإلكتروني:

Patient Label

Name of Patient:

National Number:.....

Or, Serial Number:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Scientific Research Participation

Day:

Date:

Time:

I, the undersigned, volunteer for the scientific research entitled under the supervision of or one of his participants in hospital/ health center, which includes

I hereby declare the following:

1. I have been informed of the relevant information regarding my volunteering in this research, and the researcher/co-researcher explained to me the nature and objectives of this study. It allowed me to ask all the questions related to the research study and receive complete answers. By signing this form, I acknowledge that I am aware of the contents of the document hereof and agree to the terms thereof. This has been done through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other

2. I understand that the potential study benefits are:

- ✓
- ✓

3. The time frame for the study is:

4. The alternative procedures (if any):

5. The complications and risks (if any):

- ✓
- ✓

6. I understand that my participation in this study is entirely voluntary, and I can withdraw my consent and end my participation at any time. I am aware of the possible consequences and risks that may result from such withdrawal (if any). I also understand that my withdrawal from this study will not affect my right to receive the necessary medical care that is given to study volunteers or to which I am entitled under normal circumstances.

7. I authorize the scientific research team to use medical and administrative information from my medical file within the requirements of this research study.

Participant's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**.....

I, the undersigned researcher/co-researcher, acknowledge that I have fully explained to the participant/the person acting on their behalf the nature and objectives of this research, its purpose, potential risks, and possible complications that may occur as a result of this study, whether for known or unknown reasons. It is clear to me that he/she understood it. It was done by using the method mentioned above, before he/she signed this consent. I answered all inquiries and am ready to answer any further questions related to this study for the participant/the person acting on their behalf.

Principal Researcher's/one of the co-researchers' Name**Signature:**

The telephone number: **E-mail address:**



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لسحب الدم العلاجي

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع أدناه، أفوض الطبيب/ة والفريق الطبي في
1. لقد قام/ت الطبيب/ة بتوضيح الفائدة من سحب الدم العلاجي بعد مراجعة المعلومات الخاصة بحالتي الصحية.
2. لقد تم الشرح التام لي أنه قد تحدث بعض المخاطر والمضاعفات المحتملة الناجمة عن سحب الدم العلاجي وأوافق على ذلك ومنها:

- ✓
✓
✓

3. أوافق على سحب وحدة الدم العلاجية.

4. كما أنه تم الشرح لي عن سحب الدم العلاجي بأحد الطرق التالية:

- قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة برييل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
 باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

اسم متلقي/ة الخدمة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أشهد بأنني شرحت لمتلقي/ة الخدمة عن إجراءات سحب الدم العلاجي، كما شرحت المخاطر والمضاعفات المحتملة حدوثها، كما أنه من الواضح لدي أنه/ها قد فهم/ت ذلك، وقد تم ذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعه/ها على هذا النموذج، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بسحب الدم العلاجي.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

❖ النماذج المطلوبة

✓ نموذج سحب الدم العلاجي الموقع من الطبيب المعالج.

منهال

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form for Therapeutic Phlebotomy

Day: Date: Time:

I, the undersigned, authorize the and the medical staff at

1. The doctor has explained the benefits of the Therapeutic Phlebotomy and the alternatives available to it, and explained to me that some potential risks and complications might occur, such as:
 - ✓
 - ✓
 - ✓
2. I agree with the possible risks and complications that have been explained.
3. I agree to have a unit of blood drawn from me.
4. It was also explained to me about therapeutic phlebotomy through the following means:
 - Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
 - A Sign Language Interpreter Other

Client's/ person acting on their behalf's name: Signature:

I, the doctor, certify that I have explained to the client/ person acting on their behalf the therapeutic phlebotomy procedures and described the potential risks and possible complications that may occur. In addition, it's clear to me that the client understood it. It was done by using the method mentioned above, before he/she signed the form. I answered all inquiries and am ready to answer any other related therapeutic phlebotomy procedures.

Doctor's name: Signature and Stamp:

- ❖ **Forms Required**
 - ✓ Therapeutic phlebotomy form signed by the treating physician.



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الرفض الحر المستنير لعملية / إجراء / علاج / دخول

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه، أرفض العملية / الإجراء / العلاج التالي:

- العملية الجراحية
- العلاج
- التخدير
- الإجراء
- الدخول إلى المستشفى
- التحويل من مستشفى إلى آخر
- أخرى:

وذلك للأسباب التالية:

- ✓
- ✓
- ✓

رأي الطبيب/ة المعالج/ة من حيث ضرورة العملية / الإجراء / العلاج:

.....

.....

توحيي على هذا النموذج يقر بأنه ليس لي الحق بمطالبة المستشفى/المركز الصحي بأي حقوق فيما يخص حالتي الصحية هذه، حيث تم الشرح لي عنها وطريقة العلاج والمضاعفات والبدائل المتاحة وقد تم ذلك:

- قراءة شفويًا بالإستعانة بمترجم لغة الإشارة بطريقة بريـل باستخدام الصور والأشكال التوضيحية
- باستخدام المعينات البصرية أو السمعية أخرى:

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة الموقع/ة أدناه أشهد بأنني شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها بصورة كاملة عن مضاعفات ومخاطر رفض العلاج / العملية / الإجراء المذكور أعلاه، كما أنه من الواضح لدي أنه/ها قد فهمت المخاطر التي قد تنتج بسبب هذا الرفض وقد قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة أعلاه، قبل توقيعه/ها على هذا النموذج وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالحالة الصحية للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة: التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Free Refusal of Surgery / Treatment / Procedure / Admission Form

Day: Date: Time:

I, the undersigned, refuse the following operation/ procedure/ treatment:

- Surgical procedure.....
- Treatment
- Anesthesia
- Procedure
- Other:

This refusal is for the following reasons:

- ✓
- ✓
- ✓

The opinion of the doctor regarding the necessity of the operation/ procedure/ treatment:

.....

By signing this form, I acknowledge that I have been fully informed about my health condition, the treatment method, potential complications, and available alternatives. I consent that I will not request any rights or claims from the hospital/health center regarding these matters.

This information was provided to me through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other

Patient's / Person acting on their behalf's Name: Signature:.....

I, the undersigned doctor, certify that I have fully explained to the patient/the person acting on their behalf the possible complications and potential risks of refusing the treatment/ operation/ procedure. It's clear to me that he/she understood the risks that may occur from such refusal. It was done by using the method mentioned above. I answered all questions and am ready to answer any further questions related to the patient's health condition for the patient/the person acting on their behalf.

Doctor's Name:..... Signature and Stamp:



Patient Label

اسم المريض:
الرقم الوطني:
أو الرقم التسلسلي:
تاريخ الميلاد/العمر:
الجنس:

نموذج الموافقة الحرة المستنيرة لتلقي الخدمات الطبية / الصحية عن بُعد

اليوم: التاريخ: الساعة:

أنا الموقع/ة أدناه:

1. أفوض الفريق المعالج في مستشفى / مركز المقدم للخدمات الصحية عن بُعد باستخدام الوسائل الإلكترونية كالتقاط صورة و/أو تصوير فيديو و/أو تسجيل صوتي.
2. أقر بأنني على دراية بأن الخدمات المقدمة عن بُعد ستكون سرية ولن يطلع عليها غير المعنيين بالعلاج / الاجراء / العملية وأوافق على بنودها وتم ذلك:
 قراءة شفويًا بالاستعانة بمترجم لغة الإشارة باستخدام الصور والأشكال التوضيحية باستخدام المعينات البصرية أو السمعية بطريقة بريـل أخرى:
3. أفهم بأن تقديم الخدمات الطبية والصحية عن بُعد ستُقدم عبر الاتصال المرئي والمسموع: فيديو وصوت.
4. أفهم بأن الفائدة من تلقي هذه الخدمات لمتابعة حالتي الصحية عن بعد دون الاضطرار إلى الانتقال إلى مستشفى / مركز آخر إلا إذا اقتضت الحاجة.
5. أفهم أن المستشفى / المركز المذكور أعلاه سيقوم بضمان الحماية والسرية للبيانات والمعلومات والصور والفيديوهات والتسجيلات الصوتية ولن يتم استخدامها لأغراض غير العلاج.
6. أفهم بأن لي مطلق الحرية بسحب هذا التفويض في أي وقت مع علمي بجميع العواقب والمخاطر المترتبة على ذلك.
7. أفوض فريق المستشفى / المركز المذكور أعلاه باستخدام المعلومات الطبية والإدارية من الملف الطبي الخاص بي.
8. أتعهد أن المعلومات الصحية الخاصة بي صحيحة ودقيقة وكاملة.

اسم المريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا: التوقيع:

أنا الطبيب/ة أقر بأنني قد شرحت للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا بصورة كاملة عن طبيعة وأهداف المستشفى/المركز المذكور أعلاه والمقدم للخدمات الطبية/الصحية عن بُعد، كما قد شرحت له/ها المخاطر المحتمل حدوثها، كما أنه من الواضح لدي بأنه قد فهم/ت طبيعة هذا المستشفى/المركز، وذلك باستخدام الوسيلة المذكورة، أعلاه قبل توقيعه/ها على هذا التفويض وأنا على استعداد للإجابة عن أي أسئلة للمريض/ة أو من ينوب عنه/ها قانونًا.

اسم الطبيب/ة في (المستشفى/المركز الواقعي):

التوقيع والختم:

Patient Label

Patient's Name:
National Number:.....
Or, Serial Number:
Birth Date/Age:
Sex:



MINISTRY OF HEALTH

Informed Free Consent Form to Telemedicine/ Telehealth Services

Day: Date: Time:

I, the undersigned:

1. Authorize the treating team in the hospital/center which provides the Telemedicine/Telehealth services to use electronic means such as taking a photo, video, and/or audio recording.

2. Acknowledge that I am aware that the telemedicine/ telehealth services provided will be confidential and will not be viewed by anyone other than those involved in the treatment/procedure/operation. I agree to its terms, and it was done through the following means:

- Orally Reading Braille Visual or Hearing Aids Pictures and Illustrations
- A Sign Language Interpreter Other.....

3. Understand that the provision of telemedicine and telehealth services will be provided via audio-visual communication.

4. Understand that the benefit of receiving these services is to follow my health condition remotely without being referred to another hospital/center unless necessary.

5. Understand that the hospital/center mentioned above will ensure the protection and confidentiality of data, information, photos, videos, and audio recordings, and will be used for treatment purposes.

6. Understand that I am free to withdraw this authorization at any time, knowing all the consequences and risks involved.

7. Authorize the team working in the Hospital/Center mentioned above to use the medical and administrative information from my medical file.

8. Promise that my health information is true, accurate, and complete.

Patient's / Person acting on their behalf's Name: **Signature:**

I'm the doctor in the actual hospital/center. I acknowledge that I have fully explained to the patient/ person acting on their behalf, the nature and objectives of the Hospital/Center, as well as the potential risks that may occur. It's clear to me that he/she understood the nature of it. It was done by using the method mentioned above, before signing this authorization form. I answered all inquiries and am ready to answer further questions from the patient/the person acting on their behalf.

Doctor's Name in (actual hospital/center):

Signature and Stamp: