

نموذج الموافقة على العلاجالعملاء والعائلات

إذا كنت تريد المساعدة في قراءة هذا النموذج، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى طرح الأسئلة على الطبيب أو على الممرضة. عندما نستخدم كلمة "علاج" في هذا النموذج، فإننا نشير إلى الإجراء أو دورة العلاج أو خطة العلاج.

اسم العميل (يرجى كتابته بحروف واضحة) _____	
العلاج: _____	
أوافق على العلاج الذي تمت مناقشته معي من قبل الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية.	
أوافق على ذلك _____ وقد تحدثت حول السبب وراء كون هذا العلاج ضروريًا وماذا سيحدث خلال العلاج.	
وقد شرح / شرحت لي احتمالات ألا يؤدي العلاج ثماره والمشكلات الطبية التي قد تحدث مع العلاج. كما أوافق كذلك على العلاجات الأخرى التي قد تكون مطلوبة أثناء قيام الطبيب أو ممارس الرعاية الصحية بهذا العلاج. أفهم أن الطبيب المعالج من ممارسي الرعاية الصحية وقد يطلب من الأطباء أو الأطباء المقيمين أو الزملاء أو ممارسي الرعاية الصحية الآخرين القيام بكل هذا العلاج أو بجزء منه. أفهم المعلومات الواردة في هذا النموذج وقد أتيتحت لي الفرصة لطرح الأسئلة على الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية حول العلاج.	
توقيع العميل أو المسؤول البديل عنه عن اتخاذ القرار _____	التاريخ والوقت اسم _____
المسؤول البديل عن اتخاذ القرار (إذا تم التوقيع أعلاه) _____	العلاقة بالعميل _____
بيان الطبيب المعالج أو ممارس الرعاية الصحية	
أقر بأنني أوضحت طبيعة هذا العلاج والمخاطر والمزايا المرتبطة به والبدايل المحتملة له، بما في ذلك النتائج المحتملة لعدم تلقي العلاج، إلى العميل أو المسؤول البديل عن اتخاذ القرار، أو لكليهما.	
توقيع الطبيب أو موفر الرعاية الصحية _____	التاريخ والوقت اسم _____
التاريخ والوقت اسم _____	توقيع الشاهد _____
الموافقة عبر الهاتف	
لقد ناقشت العلاجات والمزايا والمخاطر المرتبطة بها عبر الهاتف مع	
<input type="checkbox"/> العميل	<input type="checkbox"/> المسؤول البديل عن اتخاذ القرار
(حدد أحد الخيارات) الذي منحتني التصريح الشفهي بتنفيذ العلاج	
توقيع الطبيب أو موفر الرعاية الصحية _____	التاريخ والوقت اسم _____
اسم الطبيب أو موفر الرعاية الصحية _____	التاريخ والوقت اسم _____
توقيع الشخص الذي شهد على المحادثة _____	التاريخ والوقت اسم _____