

موافقة مسبقة
INFORMED CONSENT

Date: 9-7-2025 تاريخ: _____
 File Number: 2507-0027 رقم الملف: _____
 Patient's Name: ملوى العنسيان اسم المريض: _____
 Procedure/Treatment: ادخال قسطر بولي إجراء/ علاج او معاملة: _____
 أقر انا الموقع ادناه _____ علاقته بالمريض: بنظ

- 1- قام الطبيب المعالج بالشرح لى عن طبيعة الاجراء الطبي والعلاج والغاية المرجوة منه، وعن المخاطر المحتملة .
- 2- لقد تمت الاجابة على كافة استفساراتي وأنني اتفهم هذه المخاطر الموضحة لى .
- 3- فى حال حدوث أية مضاعفات فسوف أقوم بإخطار الطبيب المعالج دون تأخير لمباشرة الاجراءات العلاجية أو التشخيصية أو الجراحية إن لزم الامر .
- 4- أنني على علم بجميع ما سبق ووافق عليها دون ان يتحمل الطاقم الطبي أدنى مسؤولية

I, Sarah Almuqait hereby agree and accept completely with the following statements:

1. The Doctor explained to me about the nature of this procedure/treatment, its indication, the possible complications, and risks.
2. All my questions have been answered and I understand all the risks and other information explained to me.
3. If complications may occur, I will inform the doctor who treated my case without any delay to go over the necessary medical and/or surgical actions required.
4. I confirm that I know and understand completely the statements mentioned above and I agree with it without holding responsibility on the Medical Team.

Signed by:

المقر بما فيه

Name : Sarah Almuqait الاسم: _____

Signature: Sarah التوقيع: _____

توقيع الطبيب : _____
 توقيع الممرضة : _____

اسم الطبيب/ة : د. محمد
 اسم الممرضة : Zuhair