

موافقة مشفوعة بالعلم على إجراء أو جراحة

INFORMED CONSENT FOR PROCEDURE OR SURGERY

Date:			التاريخ :
This consent is valid for TWO weeks only	هذه الموافقة سارية المفعول لمدة أسبوعين فقط		
I, the signatory, acknowledge the form described by Alshablan medical center.	أقر أنا الموقع على النموذج الموضح من قبل مجمع الشبلان الطبي		
consent to undergo the following operation or procedure	بموافقتي على إجراء العملية / الإجراء التالي:		
Medical piercing	تنثيب حلق طبي		
The doctor explained to me the following:	ولقد شرح لي الطبيب ما يلي:		
Doctor's Statement	توضيح الطبيب		
I have explained and educate the following: <ul style="list-style-type: none"> The patient's medical condition The nature of the operation or procedure, including other care, treatment or medications Potential benefits, risks or side effects of the operation or procedure, including potential problems that might occur during recuperation. The likelihood of achieving treatment goals 	<p>لقد قمت وشرحت للمريض ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> حالة المريض الصحية شرح العملية / الإجراء الاستفادة والمضاعفات الجانبية والمخاطر التي قد تنتج عن العملية النتيجة المحتملة من العملية 		
And I know that there are some complications and risks of this type of operation, which include.	وانني اعلم ان هناك بعض المضاعفات والمخاطر الخاصة بهذا النوع من العمليات والتي تتضمن.		
<ol style="list-style-type: none"> Failure of the procedure Infection and inflammation Bleeding Allergy or redness 	<ol style="list-style-type: none"> عدم نجاح الاجراء العدوى والالتهابات نزيف حساسية او احمرار 		
Patient's Declaration / Statements	أفاده المريض		
<ul style="list-style-type: none"> I have read and understand the information provided in this form My doctor has adequately explained to me the operation or procedure set forth above, along with the risks, benefits and other information described above in this form I had a chance to ask my doctors questions, i have received all of the information I desire concerning the operation or procedure, and I authorize and consent to the performance of the operation or procedure 	<ul style="list-style-type: none"> لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا النموذج لقد قام الطبيب بالشرح الكافي لي عن العملية والإجراء المذكور وكذلك تم اعلامي بالمضاعفات والمخاطر التي تم ذكرها. لقد تم إعطائي الفرصة للاستفسار ومناقشة الأمور التي تتعلق بالأجراء والعملية 		