**نموذج الموافقة على الاجراء الطبي**

**‏الثلاثاء‏، 24‏/حزيران‏/2025 - ‏24‏/06‏/25‏ 11:44:12 ص**

|  |  |
| --- | --- |
| **اجندة افصاح المريض عن الحالة الطبية / الصحية** | **اجندة موافقة المريض** |
| |  |  | | --- | --- | | * **ضغط الدم** * **الجهاز القلبي الوعائي** * **الجهاز التنفسي العصبي الجهاز** * **الهضمي الجهاز الفحص النفسي** * **أشعة اختبار الدرن** * **تحليل البول** * **صورة دم كاملة** * **بولينا وأمالح** * **الكبد وظائفه** * **سكر دم صائم** * **المخدرات** * **السكري** * **امراض القلب .** * **امراض الرئة والأزمات .** * **امراض الكبد .** * **امراض الكلى .** * **امراض العين .** * **امراض السمع .** * **امراض الاعصاب .** * **امراض الدم والسيولة والتخثر .** | **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O** | | * **العمليات الجراحية الكبرى .** | **مريض O | سليم O** | | * **أمراض أخرى Others "تحدد "** | **مريض O | سليم O** | | * **التهاب كبدي ب .** * **التهاب كبدي ج .** * **ايدز .**   **ملاحظات آخرى بالفحص : .................................................................................**  **.................................................................................**  **.................................................................................**  **.................................................................................**  **ملاحظات آخرى من قبل المريض : .................................................................................**  **.................................................................................**  **.................................................................................**  **.................................................................................**  **ملاحظات آخرى من قبل المريض : .................................................................................**  **.................................................................................**  **.................................................................................**  **.................................................................................** | **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O**  **مريض O | سليم O** | | **1. أوافق أنا الموقع أدناه برضائي وبمحض إرادتي على العلاج والخضوع لكل الإختبارات والإجراءات العلاجية الأولية في ..................................................**  **2. أوافق على منح الأطباء المختصين العاملين في مجموعة ..................................... للرعاية الصحية الحق في إتخاذ أي قرار طبي وعمل أي إجراء تشخيصي أو علاجي قد يكون لازماً وضرورياً لإسعافي ولعلاجي في الحالات الطبية الطارئة.**  **3. لقد تم إبلاغي بأن لي الحق في أن أحدد شخصاً أو أشخاصاً أفوضهم في الإطلاع على ملفي الطبي وحالتي المرضية ومشاركتي في إتخاذ أي قرارات تتعلق بحالتي الصحية أو أن يتخذوا تلك القرارات نيابة عني بناء على هذا التفويض إذا كانت حالتي الصحية أو قدرتي الذهنية لا تؤهلني لإتخاذ القرار ، كما أفوضه في الحصول على التقارير الطبية الخاصة بي عند طلبها وبناء عليه أفوض:**  **4. أوافق أنا الموقع أدناه على علاج المريضـ / ــة وذلك بصفتي ولي أمرهـ / ــا أو بصفتي مفوضاً من قبلهــ / ــا بإتخاذ القرار نيابة عنهـ / ــا وأقر بتحملي المسؤولية القانونية المترتبة عن توقيعي على هذا الإقرار.**  **5. أتفهم ضرورة تعاوني مع إدارة مجموعة .............................. للرعاية الصحية والموظفين والفريق الطبي المشرف على علاجي / علاج المريضــ/ــة ، وأنه يتكون ليس فقط من الأطباء المختصين ومساعديهم والممرضات ، بل أيضاً يشمل الفنيين والمثقفين وأخصائيي التغذية والخدمة الإجتماعية أو أي شخص يمتلك المؤهلات اللازمة ومكلف من قبل المستشفى بالمشاركة في رعايتي ، وذلك من أجل الحصول على أفضل رعاية طبية ، كما ألتزم بإحترام أنظمة ولوائح مجموعة ........................ للرعاية الصحية.**  **6. أفهم سياسة خصوصية البيانات الخاصة بمجموعة ........................ للرعاية الصحية وأوافق على إستخدام بياناتي الشخصية والإحتفاظ بها لأغراض علاجي وفقاً لقواعد ولوائح وزارة الصحة.**  **7. أوافق على أن ترسل مجموعة ........................ للرعاية الصحية تقريراً طبياً أو معلومات عن حالتي الصحية من واقع ملفي الطبي للجهات المتكفلة بعلاجي ، لوزارة الصحة أو لأي جهة نظامية أو شرعية قد تطلب ذلك.**  **8. أفوض مجموعة ........................ للرعاية الصحية بإستخدام وسائل الإتصال الشخصية بما في ذلك العناوين ورقم الهاتف المحمول لغرض إرسال مواد تسويقية أو توعوية.**  **9. ألتزم بتقديم الإعتمادات والمستندات المطلوبة مني عند التنويم في مجموعة ........................ للرعاية الصحية بما في ذلك موافقة شركة التأمين ليتسنى للمستشفى المطالبة بالمستحقات المالية المترتبة على علاجي وإقامتي بها.**  **10. أقر بأني على علم بقائمة الأسعار الخاصة بمجموعة ........................ للرعاية الصحية وأوافق عليها ، وأني على علم بالإجراءات المتبعة في مجموعة فقيه للرعاية الصحية لمعرفة تكاليف العلاج والإقامة المترتبة عليّ وذلك عند طلبي معرفتها سواء قبل أو أثناء التنويم.**  **11. أتعهد بالحفاظ على ممتلكات مجموعة ........................ للرعاية الصحية والتجهيزات والمقتنيات التي تتواجد في الأقسام المختلفة وفي غرف المرضى بالأقسام الداخلية ، و أتعهد بأن أدفع قيمة أي تلفيات أو مفقودات قد أتسبب بها.**  **12. ألتزم بعد إحتفاظي بأي أشياء ثمينة أو مقتنيات قيمة أو مجوهرات أو أي مبالغ مالية في الغرفة ، وأعفي مجموعة ........................ للرعاية الصحية من أي مسؤولية وأقر بعلمي بأنه ليس من حقي المطالبة بأي تعويض في حال فقدان أي من هذه الأشياء مادامت بحوزتي ولم أودعها بشكل نظامي في خزينة مجموعة فقيه للرعاية الصحية.**  **13. ألتزم بإحترام أنظمة مجموعة ........................ للرعاية الصحية التي تحظر التدخين بجميع مرافق المستشفى والأبينة الملحقة بها ، وتقتضي كذلك بضرورة إتباع التعليمات الخاصة بمكافحة العدوى ، كما ألتزم بعدم إحضار المأكولات والمشروبات والأغطية والمفروشات بأنواعها والأجهزة الكهربائية والإلكترونية من الخارج ، كذلك الإلتزام بتعليمات مجموعة ........................ للرعاية الصحية بمواصفات المواد المستخدمة في زينة الغرف التي تراعي معايير السلامة ، والإلتزام بمواعيد الزيارة المعلنة وتواجد المرافقين داخل الغرف.**  **14. أعلم بأن عدم مغادرتي للغرفة خلال ساعة بعد حصولي على إذن الخروج سوف يلزمني بسداد تكاليف إقامة إضافية وفقاً لأنظمة مجموعة ........................ للرعاية الصحية.**  **15. أعلم أنه من الأفضل أن لا يكون لي أكثر من ملف طبي واحد ومن ثم فإني ألتزم بعدم فتح أكثر من ملف طبي ، وفي حالة وجود أكثر من ملف فإني أعد بالتوجه إلى مكتب تسجيل المرضى لضمهم في ملف واحد.**  **16. لقد تم إبلاغي بأهمية إحضار جميع التقارير الطبية الخاصة بي والتي أجريتها خارج مجموعة ........................ للرعاية الصحية لكي يتم نسخها ضوئياً في قسم الإستعلامات وإضافتها إلى ملفي الطبي.**  **لقد قرأت بعناية وفهمت التعليمات السابقة وأنه قد تم شرحها لي بطريقة مرضية ، وأنني أوافق على كل ما جاء فيها ، وأني قد تسلمت نسخة من لائحة مجموعة ........................ للرعاية الصحية الخاصة بحقوق المريض وواجباته ، وتم إبلاغي بأن من حقي الحصول على نسخة من هذا الإقرار بعد توقيعي عليه إذا رغبت بذلك ، وعلى ذلك أوقع** |

**موافقة المريض : موافق / غير موافق الاسم : ........................ التوقيع : ........................**

**مصادقة مقدم الرعاية الطبية والاجراء الطبي : ...........................................................................**

**WWW.HELENHOLDING.COM | HELENHOLDING@OUTLOOK.SA | 920033794 - MEDICAL HOLDING COMPANY AND MEDICAL SERVICES**

**ABHA - ASSER Region - Kingdom of Saudi Arabia - BANK ALRAjHI : SA1680000158608016133712ALINMA BANK : SA5605000068204734928000 Licensed by the Ministry of Commerce and Investment - SFDA Licensed**