

Appendix 30

HOSPITAL					HOSP. NO.		
Depart.	Unit	Ward	Room	Bed			
					Name		
Date of Adm		Doctor In Charge			SEX : M / F		AGE

اقرار بالموافقة على اجراء عملية جراحية

اقر أنا الموقع أدناه
بموافقتي على اجراء عملية
الخاصة بـ
كما أوافق على اعطائي التخدير اللازم سواء كان تخديراً عاماً أو موضعياً بالإضافة الى أي اجراءات أخرى يراها الأطباء مناسبة
أثناء قيامهم باجراء العملية
توقيع المقر بما فيه توقيع عضو هيئة التمريض التاريخ / /

اقرار برفض اجراء عملية جراحية

اقر أنا الموقع أدناه
بأنني أرفض اجراء عملية
لي أو لـ
رغم نصح الأطباء بضرورة اجرائها ورغم
بذل كل المحاولات لاتقاضي وذلك برغبتي ورضائي.
توقيع المقر بما فيه توقيع عضو هيئة التمريض التاريخ / /

اقرار بطلب مغادرة المستشفى واخلاء مسؤوليتها

اقر أنا الموقع أدناه
بأنني مصر على خروجي / خروج
فوراً من مستشفى
متحملاً مسؤولية هذا الاجراء كاملاً
كما أقر بأن خروجي ضد نصيحة الأطباء وان مستشفى
أي تدهور في حالتي الصحية نتيجة لمعادرتي المستشفى.
لن يكون مسؤولاً عن
توقيع المقر بما فيه توقيع عضو هيئة التمريض التاريخ / /

ملحوظة: جميع الاقرارات يجب أن يوقعها المريض بنفسه ما عدا الحالات الآتية:

- إذا كان المريض قاصر فينوب عنه وليه الشرعي.
 - إذا كان المريض مختلاً عقلياً فينوب عنه القيم عليه.
 - إذا كان المريض فاقد الوعي من غير المذكورين سابقاً فيُجرى له ما تستدعيه حالته الصحية من اجزاء لازم للحفاظ على حياته.
- وفي جميع الأحوال تخضع هذه الاقرارات للقوانين الكويتية.

AUTHORITIES SHEET

MR 5



وزارة الصحة
MINISTRY OF HEALTH

N.B All authorities must be signed by the PATIENT or nearest relative MINOR, or whom the patient is PHYSICALLY or MENTALLY INCOMPETENT.

ANAESTHETIC & OPERATION CONSENT

I, _____ hereby consent
I _____
a) to the performance upon my _____ of the operation _____
(relationship)

the nature and effect of this operation having been explained to me by Doctor

b) To the administration of any necessary local or general anaesthetics and to the performance of any other operative procedures found necessary during the course of the operation.

Signature _____

Date _____

PRELASE FROM RESPONSIBILITY FOR PREMATURE DISCHARGE

I, _____ hereby request my _____ (s.)
immediate discharge from _____
(instiution)

I knowledge that -

- (a) This discharge is Against Medical Advice.
- (b) The investigation, or treatment, which is being made, or provided, has not been completed.
- (c) The _____ Hospital will not accept any responsibility for a resultant deterioration in condition, following such premature discharge.

Signature _____ 19