Informed consent for a procedure or treatment

الموافقة المستنيرة على إجراء أو علاج

medicAI is a technology platform and is not a healthcare provider. This consent is between you and the treating doctor and facility named below, who are responsible for your care and its outcome. Consent does not remove their responsibility. This is a template: the facility may use its own form instead.

ميديك إيه آي منصة تقنية وليست جهة مقدمة للرعاية الصحية. هذه الموافقة بينك وبين الطبيب المعالج والمنشأة المذكورين أدناه، وهما المسؤولان عن رعايتك ونتائجها. ولا تعفيهما الموافقة من مسؤوليتهما. هذا نموذج استرشادي، ويجوز للمنشأة استخدام نموذجها الخاص بدلاً منه.

Details

البيانات

Patient full name — اسم المريض الكامل

Patient ID or file no. — رقم المريض أو الملف

Age — العمر

Gender — الجنس

Treating facility — المنشأة المعالجة

Facility licence no. (DHA, DoH or other) — رقم ترخيص المنشأة

Treating doctor or professional — الطبيب أو المختص المعالج

Licence no. — رقم الترخيص

Part I: Information

الجزء الأول: المعلومات

The procedure or treatment

Your doctor describes the procedure or treatment and what will happen, step by step.

الإجراء أو العلاج

يصف لك طبيبك الإجراء أو العلاج وما سيحدث خطوة بخطوة.

Side effects and complications

Known or expected side effects and possible complications, and what will happen if one occurs.

الآثار الجانبية والمضاعفات

الآثار الجانبية المعروفة أو المتوقعة والمضاعفات المحتملة، وما سيحدث في حال حدوثها.

Risks and discomforts

Possible risks and discomforts, the care available if harm occurs, who will provide it and who will pay for it.

المخاطر والانزعاج

المخاطر المحتملة وأوجه الانزعاج، والرعاية المتاحة في حال حدوث ضرر، ومن سيقدمها ومن سيتحمل تكلفتها.

Expected benefits and recovery

The real benefits of the treatment, your recovery, aftercare and the expected outcome. No result can be guaranteed.

الفوائد المتوقعة والتعافي

الفوائد الفعلية للعلاج والتعافي والرعاية اللاحقة والنتيجة المتوقعة. ولا يمكن ضمان أي نتيجة.

Alternatives

Other established options for your condition, including having no treatment.

البدائل

الخيارات الأخرى المعتمدة لحالتك، بما في ذلك عدم تلقي العلاج.

Costs

All costs, including anything your insurance does not cover or that needs full payment or a co-payment.

التكاليف

جميع التكاليف، بما في ذلك ما لا يغطيه تأمينك أو ما يتطلب دفعاً كاملاً أو مشاركة في الدفع.

Confidentiality

The clinical team keeps your information confidential. Any photography or video used for marketing needs a separate consent.

السرية

يحافظ الفريق الطبي على سرية معلوماتك. وأي تصوير فوتوغرافي أو بالفيديو يُستخدم لأغراض التسويق يتطلب موافقة منفصلة.

If the patient is a married woman

A married woman signs her own consent. For a procedure or treatment related to reproductive health, DHA guidelines also make the consent of her husband (first priority) or her legal guardian mandatory. For any other treatment, leave that part of this form blank.

إذا كانت المريضة امرأة متزوجة

توقّع المرأة المتزوجة موافقتها بنفسها. وفي الإجراءات أو العلاجات المتعلقة بالصحة الإنجابية، تشترط إرشادات هيئة الصحة بدبي أيضاً موافقة زوجها (أولاً) أو وصيها القانوني. وفي أي علاج آخر، اترك هذا الجزء من النموذج فارغاً.

Your rights and how long this consent lasts

You may refuse the treatment or withdraw consent at any time. This consent normally lasts no more than 30 days from signature if your condition has not changed. A new consent is needed if your condition or the treatment changes.

حقوقك ومدة صلاحية هذه الموافقة

يحق لك رفض العلاج أو سحب الموافقة في أي وقت. وتسري هذه الموافقة عادةً مدة لا تتجاوز 30 يوماً من تاريخ التوقيع ما لم تتغير حالتك. ويلزم الحصول على موافقة جديدة إذا تغيرت حالتك أو العلاج.

Part II: Certificate of consent

الجزء الثاني: شهادة الموافقة

I have read this information, or it has been read to me. I have had the chance to ask questions, and my questions have been answered to my satisfaction. I consent voluntarily to this treatment, and I understand that I have the right to withdraw at any time without affecting my medical care.

لقد قرأت هذه المعلومات أو تمت قراءتها لي. وأتيحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة عنها بما يرضيني. وأوافق طوعاً على هذا العلاج، وأدرك أن لي الحق في الانسحاب في أي وقت دون أن يؤثر ذلك على رعايتي الطبية.

Patient

Full name (as on passport or Emirates ID)

الاسم الكامل (كما في جواز السفر أو الهوية)

Date and time

التاريخ والوقت

المريض

Signature

التوقيع

Husband or legal guardian (reproductive health procedures only)

I consent to this reproductive health procedure or treatment for the patient named above, and I confirm my relationship to her.

Full name

الاسم الكامل

Emirates ID or passport no.

رقم الهوية أو جواز السفر

Date and time

التاريخ والوقت

الزوج أو الوصي القانوني (لإجراءات الصحة الإنجابية فقط)

أوافق على إجراء أو علاج الصحة الإنجابية هذا للمريضة المذكورة أعلاه، وأؤكد صلتي بها.

Relationship to patient

صلة القرابة بالمريضة

Signature

التوقيع

Witness or interpreter

I read this form to the person signing, or saw it read accurately. They could ask questions and gave consent freely.

Name

الاسم

Date

التاريخ

الشاهد أو المترجم

قرأت هذا النموذج على الموقّع أو شهدت قراءته بدقة. وأتيحت له فرصة طرح الأسئلة وأعطى موافقته بحرية.

Signature

التوقيع

Healthcare professional

I explained this to the patient in words they can understand, including risks and alternatives, and gave time for questions.

Name

الاسم

Signature

التوقيع

المختص في الرعاية الصحية

أوضحت هذا للمريض بعبارات يمكنه فهمها، بما في ذلك المخاطر والبدائل، وأتحت له الوقت لطرح الأسئلة.

Licence no.

رقم الترخيص

Date and time

التاريخ والوقت