



تم الشرح لي بخصوص الأعراض الجانبية عند التخدير الموسع بما في ذلك: عدم الراحة وضغط في منطقة التخدير. بعد انتهاء التخدير، يستمر إختفاء الشعور والقيود بالحركة حتى ينتهي الشلل. كذلك، تم الشرح لي بخصوص المخاطر والمضاعفات المحتملة بما في ذلك: تلوث موضعي و/أو تطور الخراج، ونزف محلي دموي (ورم دموي). بالإضافة إلى ذلك، التخدير الشوكي و/أو التخدير فوق الجافية يرافقه أحيانا آلام في الظهر، وهناك إمكانية لتسرب السائل الشوكي و/أو اختراق الإبرة غلاف الحبل الشوكي، والتي قد تؤدي إلى صداع حاد و/أو متواصل. تتطلب هذه الاعراض علاج. في حالات نادرة جدا من الممكن أن يحدث ضرر دائم في أعصاب الأطراف والمثانة البولية.

أنا أعطي بهذا موافقتي على إجراء التخدير، ما عدا -----
تم الشرح لي بأنه من المحتمل أن يحدث فشل في التخدير، بسبب قيود في الهيكل التشريحي الخاص بي، بحيث أن قسم منها لا يمكن توقعه مسبقا. فشل في إجراء عملية التخدير قد يلزم، أحيانا، تقديم علاجات لضمان عمل أجهزة ضرورية، وحتى تنفيذ عمليات بهدف إنقاذ الأرواح. لقد تم التوضيح لي بأنه في مثل هذه الحالة من المحتمل عدم إجراء العملية الجراحية المخطط لها.
أنا أعرف وموافق لذلك بأن التخدير على كافة أشكاله سوف يتم من قبل من يفرض عليه هذا الأمر، وفقا لإجراءات وتعليمات المؤسسة، ولم يتم وعدي بأن عملية التخدير سوف يتم إجراؤها، جميعها أو قسم منها من قبل شخص معين، وشريطة أنها سوف تتم وفق المسؤولية المقبولة في المؤسسة بموجب القانون.

نوع التخدير المخطط له هو: عام / موضعي موسع / موضعي. تفصيل: -----

-----X التوقيع	----- الساعة	----- التاريخ
----- توقيع الوصي	----- قراءة الوصي	----- اسم الوصي

(في حالة كونه غير مؤهل، قاصر أو مريض نفسي)
أنا أصادق بأنني شرحت شفويا للمريض / الوصي للمريض * جميع المذكور أعلاه في التفصيل المطلوب وأنه هو / هي وقع / ت على الموافقة أمامي بعد أن اقتنعت بأنه فهم / ت شرحي بشكل كامل.

----- رقم الترخيص	----- توقيع وخاتم الطبيب / ة	----- اسم الطبيب / ة
----------------------	---------------------------------	-------------------------

* قم بحذف الغير ضروري