



.....		أسم الطبيب: Physician Name	
.....		مركز العمل Hospital Name	
..... : .....	في الوقت: On Time:	..... / ..... / .....	في التاريخ On Date
.....		قمت شخصيا بفحص المريض: I personally examined:	
.....		رقم مدني: Civil ID numer:	
بناء على على تقييمي الطبي فإن المريض* غير قادر على إتخاذ قرار علاجه بناء على: Based on my clinical assessment, the patient* is incapable to consent for his/her treatment, because:			
المريض غير قادر على فهم المعلومات المتعلقة بالعلاج المقترح، أو Patient is unable to understand the information that is relevant to the proposed treatment, or			<input type="checkbox"/>
المريض غير قادر على إدراك العواقب المحتملة جراء اتخاذ القرار من عدمه. The patient is unable to appreciate the reasonably foreseeable consequences of a decision or lack of decision.			<input type="checkbox"/>
With regard to the following treatment		وذلك بخصوص العلاج التالي:	
.....			
وقد تم أخذ الموافقة المستنيرة من الوصي أو الممثل القانوني: Informed consent was provided by his/her substitute decision maker:			
.....			
.....	التاريخ و الوقت: Date and Time:	.....	توقيع الطبيب: Physician Signature:
.....			
موافقة لجنة المتابعة والتقييم في حال عدم وجود وصي أو ممثل قانوني Approval of the Review and Assessment Board if no substitute decision maker is available			
*يعد كل من لم يبلغ الثامنة عشرة غير قادر على اتخاذ قرارات العلاج *Every person below 18 years of age is considered incapable regarding treatment decision			