

## (إقرار)

الموضوع : إقرار موافقة اجراء تجميلي اثناء جائحة كورونا

اقر أنا \_\_\_\_\_ (اسم المريض) وأنا بكامل أهليتي الشرعية والقانونية للتصرف أنني اخترت بكامل رغبتني اجراء الكشف والعلاج / الإجراء / الجراحة الاختيارية التي ليست عاجلة وقد لا تكون ضرورية من الناحية الطبية. كما انني على علم كامل لوجود مخاطر في هذا الوقت الذي ينتشر فيه فيروس كورونا covid-19 ووفقا لما صدر من الجهات المختصة فإن الوباء يعد في شدة انتشاره كما أنني أعلم أنه قد أعلن أن كورونا جائحة عالمية من قبل منظمة الصحة العالمية. كما أنه معدي للغاية ويعتقد أنه ينتشر عن طريق الاتصال الشخصي وفقا للتحذيرات الصادرة من الجهات المعنية بالمملكة العربية السعودية (وزارة الصحة) ؛ ولذلك توصي الوكالات الصحية بالتباعد الاجتماعي.

كما أكدت الجهات المعنية بأن الأنشطة التي لا يمكن أن يتحقق فيها التباعد ومنها العيادات التجميلية ومراكز العناية بالجسم والعناية الشخصية فإنها تتصح بالابتعاد عن أي إجراء لا يعد ضروريا.

تم إبلاغي وإفهامي من الطبيب / المعالج \_\_\_\_\_ وجميع العاملين في \_\_\_\_\_ بأنهم قاموا بالامتثال للتعليمات الوقائية والإجراءات الاحترازية الصادرة من وزارة الصحة والمنظمات العالمية ووضعوا تدابير وقائية معقولة تهدف إلى الحد من انتشار الفيروس ومع ذلك نظراً لطبيعة الفيروس، أفهم أن هناك خطراً كاملاً للإصابة به أو مضاعفاته وقررت بمحض إرادتي المضي قدماً في هذا العلاج / الإجراء / الجراحة الاختيارية.

وفي حال قيام المركز بإجراء اختبار خاص بي لـ COVID وحصلت على نتيجة اختبار سلبية، إلا انه أخطرني المركز بأن الاختبارات تفشل في بعض الحالات في الكشف عن الفيروس أو ربما أصبت بالفيروس بعد الاختبار، وعليه في حال إصابتي ولم يكن لدي أي أعراض، فإن الاستمرار في هذا العلاج / الإجراء / الجراحة الاختيارية يمكن أن يؤدي إلى فرصة أكبر للمضاعفات الشديدة جدا، كما أنه قد يكون هناك مخاطر إضافية قد لا يكون بعضها معروفا في الوقت الحالي.

كما تم إعلامي بأن التبعات المحتملة لأي مرحلة من مراحل العلاج يترتب عليها مايلي :

- التشخيص الإيجابي لـ COVID
- الحجر الصحي / العزل الذاتي
- الاختبارات الإضافية
- الاستشفاء الذي قد يتطلب العلاج الطبي، علاج العناية المركزة، والحاجة المحتملة لدعم التنفس الصناعي قصير الأجل أو طويل الأجل، والمضاعفات المحتملة الأخرى ، وخطر الوفاة.
- بعد العلاج / الإجراء / الجراحة الاختيارية، قد أحتاج إلى رعاية إضافية قد تتطلب مني الذهاب إلى غرفة الطوارئ أو المستشفى.

لذلك كله أؤكد بإقراري هذا أن المركز والطبيب المعالج أبلغوني بذلك كله وحيث أنني رغبت بإجراء الاجراء او العملية التجميلية مع وجود تلك المخاطر فإن المسؤولية تقع علي وأتحمل جميع التكاليف لهذا الاجراء او ما يتبعه من تكاليف ان استدعت ذلك وان المبالغ المدفوعة غير مستردة بعض النظر عن النتيجة كما أخلي المسؤولية القانونية عن المركز والطبيب المعالج وفقا لهذا الإقرار .

توقيع المريض : \_\_\_\_\_

اسم الولي الشرعي (إذا كان قاصراً أو غير موهل) بموجب صك ولاية رقم ..... وتاريخ ..... صادر من محكمة الإنهاءات بمدينة .....

التوقيع : \_\_\_\_\_