

GENERAL CONSENT FOR TREATMENT

I am asking for medical care and treatment at **YAS Healthcare**, and agree to accept services which may diagnose my medical condition, procedures to treat my condition and routine dental and medical care.

- ❖ I understand that these services will be provided to me by physicians, nurses, dentists, physician assistants and other healthcare providers.
- ❖ I understand that my agreement to accept these services is called **General Consent**, and that it includes any routine procedure(s) or treatment(s) such as blood withdrawal for laboratory tests, physical examination, administration of medication(s), Radiology imaging, use of local anesthesia, and other non-invasive procedures. For laboratory testing, the test methodologies and turnaround times are listed in the "Scope of Services" document available at the Quality Manager's & Laboratory Director's office, and easily accessible for anyone to view.
- ❖ I do acknowledge that different declarations may be needed for some specific diagnostic, invasive or other procedures.
- ❖ I further acknowledge that results of diagnostic and therapeutic procedures will be in line with international standards for specificity and sensitivity, and therefore may not be 100% accurate.
- ❖ I understand that, as per the policy of the Department of Health (DoH), the currently reportable communicable diseases and any other required from time to time will be reported to DoH.
- ❖ I assume full responsibility for all items of personal property, including but not limited to jewelry, money, glasses and all other valuables.
- ❖ I understand that there may be cost involved in my treatment as per UAE laws and regulations, and as per the guidelines of the insurance provider, when applicable.
- ❖ Yas Healthcare center is licensed by DoH, and its laboratory is also accredited by EIAC for ISO 15189:2012, which assures that the center has enough resources and capabilities to meet the needs of its users. Further details of the capabilities and resources conforming to international standards can be obtained from EIAC (ISO 15189:2012 accrediting body) through the following link- <http://www.eiac.gov.ae/en/accreditedcabs/Pages/default.aspx>
- ❖ I understand that some of the tests are outsourced, and may have to be accompanied by my claim form, clinical history and personal details, to which I assent.
- ❖ In case of outsourced tests, the collected specimen may be sent outside the country for testing. There is a possibility that the sample might be lost or damaged. The laboratory may also use my personal and lab test data on an anonymous basis for quality, statistical and research purposes.
- ❖ I understand that my agreement to accept these services will remain in effect unless I say that I no longer want these services.

Email Address: _____

Mobile No.: _____

Full Name & Signature of the Patient

Date

Time

SUBSTITUTE CONSENT GIVER

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of parent, legal guardian, or Substitute Consent giver who is acting on behalf of the patient, or the patient's next of kin who is assenting to the treatment for the patient, must be obtained.

I _____ of _____ nationality, _____ years old, holder of I.D Number _____ type _____, do hereby declare that I am the guardian/substitute consent giver for the patient in my capacity as _____

I have been asked, in the best interest of the patient, to sign this declaration and consent required by YAS Healthcare as the patient is incompetent to do so.

Signature

Date

Time

WITNESS

I, _____, am a YAS Healthcare employee, who is not the patient's physician or authorized health care provider, and I have witnessed the patient or his/her Substitute Consent Giver voluntarily sign this form.

Designation/title of witness

Signature

Date

Time

INTERPRETER / TRANSLATOR

To be signed by the interpreter / translator if the patient required such assistance.

To the best of my knowledge, the patient understood what was interpreted / translated and voluntarily signed this form.

Printed Full Name of Translator

Signature

Date

Time

إقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية

- أنا الموقع أدناه أوافق على العلاج في مركز ياس للرعاية الصحية ، كما أقر بقبول الرعاية الصحية الروتينية وكافة الخدمات والإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تتطلبها حالتي.
- ❖ أعلم بأن الخدمات الطبية ستقدم لي من قبل الأطباء والممرضات ومساعدتي الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية.
 - ❖ أعلم بأن موافقتي تقع ضمن إطار الموافقة العامة للخدمات، وتتضمن الإجراءات والعلاجات الروتينية مثل سحب الدم للفحوصات المخبرية، الفحص السريري ، إعطاء الأدوية ، التصوير الإشعاعي، التخدير الموضعي وأية إجراءات أخرى غير مصنفة في قائمة الإجراءات الدخيلة. أما منهجية الفحوصات المخبرية، فهي واردة في وثيقة "نطاق الخدمات" المتاحة في مكتب مدير المختبر ومدير الجودة للاطلاع عليها.
 - ❖ أعلم أن بعض الإجراءات التشخيصية أو العلاجية الأخرى قد تتطلب إقرارات خاصة بها.
 - ❖ أعلم أيضاً أن نتائج الإجراءات التشخيصية والعلاجية ستتماشى مع المعايير الدولية للخصوصية والنوعية، وبالتالي قد لا تكون دقيقة بنسبة مئة بالمئة.
 - ❖ أعلم أنه سيتم إبلاغ هيئة الصحة في أبو ظبي عن أي مرض معدي إن كان مكلف الإبلاغ عنه وفقاً لسياسة وإرشادات الهيئة.
 - ❖ أقر بمسؤوليتي التامة على ممتلكاتي الشخصية بما فيها المجوهرات ، الأموال، النظارات وغيرها من المقتنيات.
 - ❖ أتعهد بسداد التكاليف المادية التي قد تترتب على الفحوصات والعلاج طبقاً للقوانين والأنظمة المتبعة في دولة الإمارات العربية المتحدة .
 - ❖ لقد تم ترخيص مركز ياس للرعاية الصحية من قبل هيئة الصحة في أبو ظبي، بالإضافة الى اعتماد المختبر من قبل خدمات الاعتماد في بلدية دبي وفقاً لـ ISO 15189:2012، مما يؤكد أن المركز لديه الموارد والقدرات الكافية لتلبية حاجات المستخدم. امزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع التالي <http://www.eiac.gov.ae/en/accreditedcabs/Pages/default.aspx>
 - ❖ قد يتم الاستعانة بمختبرات خارجية لإجراء بعض الفحوصات، فلا مانع لدي في ذلك الحال أن يتم إرسال معلوماتي السريرية وتاريخي الطبي إلى المختبر المعتمد لإجراء الفحوصات.
 - ❖ في حال الاستعانة بمختبر خارجي، فهناك احتمال أن يتم إرسال العينة خارج البلاد للاختبار. ويحتمل أيضاً أن تضيق العينة أو تتضرر. أوافق أيضاً على استخدام بياناتي من قبل المختبر الخارجي لأغراض الجودة والإحصاء والبحث، شرط ألا يستخدم اسمي.
 - ❖ أعرف بأن موافقتي وقبولي لتلك الخدمات ستبقى سارية المفعول إلا في حال طلبي الشخصي لإيقاف العلاج.

البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف الجوال: _____

الوقت

التاريخ

اسم وتوقيع المريض

إقرار نائب المريض أو ولي الأمر

إذنا تعذر على المريض الإقرار والتوقيع ، بسبب السن أو القانون أو الحالة الصحية ، فيجب الحصول على إقرار من ينوب عنه أو ولي أمره .

أقر أنا _____ الجنسية _____ العمر _____ عاماً حامل الهوية رقم _____
نوع _____ بأنني ولي أمر أو أنوب عن المريض

بصفتي _____

وقد طلب مني انطلاقاً من مصلحة المريض ، بالتوقيع على الإقرارات والموافقات المطلوبة من قبل مركز ياس للرعاية الصحية بالنسبة عنه (أ) لتعذر قيامه (أ) بذلك .

الوقت

التاريخ

التوقيع

الشاهد

أنا _____ الموظف لدى مركز ياس للرعاية الصحية، ولست الطبيب المعالج، أشهد بأن المريض أو من ينوب عنه قد وقع هذا الإقرار بملى إرادته أمامي .

الوقت

التاريخ

التوقيع

الوظيفة

المترجم – الوسيط

لقد تفهم المريض ما ترجم وما نقل إليه ووقع بملى إرادته هذا الإقرار.

الوقت

التاريخ

التوقيع

اسم المترجم الكامل