

Diagnostic Imaging Center

مركز الأشعة التشخيصية

Consent Form for Acknowledgment of no Pregnancy Before Radiographic Procedure

إقرار بالموافقة على عدم وجود حمل قبل إجراء فحص الأشعة

Special for ladies:

Please answer the following questions to ensure your safety.

خاص بالسيدات:
الرجاء الإجابة على الأسئلة لضمان سلامتك.

<ul style="list-style-type: none"> Are you pregnant or is there any chance of being pregnant? Yes: No: 	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت حامل أو هناك احتمالية وجود حمل؟ نعم: لا:
<ul style="list-style-type: none"> Are you using contraceptive methods? Yes: No: 	<ul style="list-style-type: none"> هل تستعملين موانع الحمل؟ نعم: لا:
<ul style="list-style-type: none"> What contraceptive method is used? 	<ul style="list-style-type: none"> ما نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة؟
<ul style="list-style-type: none"> Please state the date of the first day of your last period/...../..... 	<ul style="list-style-type: none"> ما هو تاريخ أول يوم من آخر دورة شهرية؟/...../.....

Acknowledgment of no Pregnancy

إقرار بعدم وجود حمل

I / We understand that study involves exposure to X-rays. I / We have been given satisfactory explanation about the possible hazardous effects of X-rays on the fetus and its consequences. The risk to the fetus was explained by

I / We admit that I am/ she is not pregnant and that I am/ she is responsible for any consequences that may happen knowing the harmful effect of X-Ray in case of pregnancy such as: risk of abortion, birth defects, and long-term effects on the child.

I / we agree to the above-mentioned study considering the potential benefits to myself / wife as explained.

أنا/ نحن نعلم أن الفحص يتضمن التعرض للأشعة. أنا/نحن على معرفة بتأثير مخاطر الأشعة وعواقبها وخطرها على الجنين وقد تم توضيحه وشرحه لنا من قبل
أنا/نحن نقر أنه لا يوجد حمل ونتحمل أي مسؤولية ناتجة عن الأشعة مع علمنا بأضرارها في حالة الحمل مثل احتمالية الإجهاض أو العيوب الخلقية ، أو التأثيرات التي قد تظهر على الطفل على المدى البعيد.

Patient name:.....

اسم المريض:.....

Signature:

التوقي:.....

Date:/...../.....

التاريخ:...../...../.....

Signature:	التوقيع:	أقر أنا،بالموافقة على أخذ الصبغة الوريدية والتي قد تؤثر على الجنين (في حال وجود حمل) I,agree to take the IV contrast that might affect the fetus (in case of pregnancy)
------------	----------	--

References: Kuwait – MOH Sep.2020