

Diagnostic Imaging Center مركز الأشعة التشخيصية

High Risk Consent Form for Radiographic Procedure in Pregnant Patient

إقرار بالموافقة على عمل فحص الأشعة السينية للمرأة الحامل

This informed consent form applies only for Diagnostic Radiographic studies. The patient and her unborn child will be exposed to radiation which may add risk of abortion, birth defects, and/or long-term effects on the child.

I,.....have read and fully understand the above and hereby give my consent to have a radiological procedure performed. I have been informed of the estimated risks to my embryo or fetus.

أقر بالموافقة على عمل فحوصات الأشعة التشخيصية التي ستعرض المريضة وجنينها من خلالها إلى الأشعة السينية ، والتي قد تزيد من احتمالية الإجهاض أو العيوب الخلقية ، أو التأثيرات التي قد تظهر على الطفل على المدى البعيد.

أقر أنا أنني قرأت و فهمت ما سبق وبناء عليه أعطي موافقتي ليتم إجراء فحص الأشعة السينية، وقد تم إعلامي بالمخاطر المتوقعة على الجنين.

Patient/ Legal guardian name :	اسم المريضة / الوصي عليها:
.....
Signature.....	التوقيع :.....
Treating senior physician :	الطبيب المعالج :
.....
Signature:.....	توقيعه:.....
Date:.....	التاريخ :.....
Patient ID:	الرقم المدني للمريضة :.....
.....

Reference: Kuwait – MOH Sep.2020