

**Diagnostic Imaging Center**  
**مركز الأشعة التشخيصية**

**Name of patient:**

**Age:**

**Civil ID Number:**

**Date of Last Menstrual Period:**

**Gestational age:**

**Date of Examination:**

**Examination Proposed:**

**INFORMED CONSENT FORM FOR RADIOLOGICAL EXAMINATION IN  
PREGNANT OR POSSIBLY PREGNANT WOMEN**

I / We understand that .....study involves exposure to X-rays. I / We have been given satisfactory explanation by doctor ..... about the HAZARDOUS effects of X-rays on the fetus and its consequences. The risk to the fetus as explained by doctor is ..... I / we agree to the above mentioned study considering the potential benefits to myself / wife as explained.

Signature of Patient:

Signature of Husband:

Date:

Comment of Radiologist:

## Diagnostic Imaging Center مركز الأشعة التشخيصية

### إقرار بالموافقة على إجراء فحص الأشعة للمرأة الحامل أو المحتمل حملها

اسم المريض: العمر:

الرقم المدني:

تاريخ آخر دورة شهرية: مدة الحمل:

تاريخ الفحص:

الهدف من الفحص:

أنا/نحن نعلم أن الفحص..... يتضمن التعرض للأشعة. أنا/نحن على معرفة بتأثير مخاطر الأشعة وقد شرح لنا الطبيب..... تأثيرها على الجنين و عواقبها، وأن الخطر الذي تم توضيحه من قبل الطبيب هو..... أنا/نحن نقر بالموافقة على الفحص المذكور أعلاه.

توقيع المريض:

توقيع الزوج: التاريخ:

ملاحظات دكتور الأشعة: