

Diagnostic Imaging Center

مركز الأشعة التشخيصية

Pregnancy Declaration and Consent Form Before Radiographic Procedure

إقرار بالموافقة على عدم وجود حمل قبل إجراء فحص الأشعة

Please answer the following questions to ensure your safety.

الرجاء الإجابة على الأسئلة لضمان سلامتك.

• Are you pregnant or is there any chance of being pregnant? Yes: No:	• هل أنت حامل أو هناك احتمالية وجود حمل ؟ نعم : لا:
• Are you using contraceptive methods? Yes: No:	• هل تستعملين موانع الحمل ؟ نعم : لا:
• What contraceptive method is used?	• ما نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة ؟
• Please state the date of the first day of your last period/...../.....	• ما هو تاريخ أول يوم من آخر دورة شهرية؟/...../.....

Declaration of no Pregnancy

I/ We understand that this examination involves exposure to X-rays. I/We have received a satisfactory explanation regarding the "10- days rule" and the potential effects of radiation on a fetus. The specific clinical risks to the fetus were explained by Radiology Technologist/ Nurse.

I/ We assume full responsibility for this declaration and understand the potential risks of fetal X-ray exposure, which include miscarriage, birth defects, and long-term health risks to the child.

I/We also been explained the risk of fetus in the administration of I.V contrast if needed.

I/We consent to the performance of the above-mentioned study, having fully weighed the potential clinical benefits against the risks explained to me/us.

إقرار بعدم وجود حمل:

أنا/ نحن ندرك أن الفحص يتضمن التعرض للأشعة السينية. لقد تلقيت/ تلقينا شرحاً وافياً بخصوص 'قاعدة العشرة أيام' والآثار الضارة المحتملة للأشعة السينية على الجنين. وقد تم شرح المخاطر التي يتعرض لها الجنين من قبل أخصائيي فنيي الأشعة / التمريض

أنا/ نحن نقدر بأنني/ بأنها ليست حاملاً، وأنني/ وأنها مسؤولة عن أي عواقب قد تحدث مع علمي/ علمنا بالتأثير الضار للأشعة السينية في حالة الحمل، مثل: خطر الإجهاض، والعيوب الخلقية، والآثار طويلة المدى على الطفل.

أنا/ نحن تلقينا أيضاً شرحاً وافياً عن المخاطر المحتملة على الجنين في حال الحاجة لحقن المادة الملونة (الصبغة) عن طريق الوريد.

أنا/ نحن نوافق على إجراء الفحص المذكورة أعلاه مع الأخذ في الاعتبار الفوائد المحتملة لي/لزوجتي كما تم شرحه.

Patient name:.....	اسم المريض:.....
Signature:	التوقيع:
Date:/...../.....	التاريخ:/...../.....
Signature:	أقر أنا، بالموافقة على أخذ الصبغة الوريدية والتي قد تؤثر على الجنين (في حال وجود حمل) I, ... Consent to IV contrast, which may affect the fetus (if pregnant).

References: Kuwait – MOH Sep.2020