

اسم المريض: _____
Patient Name
تاريخ الميلاد: _____
DOB
رقم السجل الطبي: _____
MRN

INSTRUCTIONS: To be valid, this document 1) must be completed, 2) must be dated, 3) must be signed by the person obtaining permission, AND 4) must be signed either by the person granting permission or the witness monitoring the phone call in which permission was given in order to proceed with the autopsy.

التعليمات: لكي تكون هذه الوثيقة صالحة، يجب أن 1) يتم استكمال كافة بنودها بالكامل، 2) تكون مؤرخة، 3) موقعة من قبل الشخص الذي يحصل على التصريح، و 4) موقعة إما من قبل الشخص الذي يمنح التصريح أو الشاهد الذي يُراقب المكالمات الهاتفية التي تم خلالها منح التصريح بالمتابعة في إجراء تشريح الجثة.

Attending Physician: _____

الطبيب المعالج:
خدمة المستشفى:

Hospital Service: _____

رقم الهاتف:

Phone#: _____

تاريخ/وقت الوفاة:

Date/Time of Death: _____

راجع إصدار الإنجليزية
See English

I, (printed name) _____,

the (relationship to the deceased) _____

of the deceased, _____,

hereby request the Pathology Department of Cincinnati Children's Hospital Medical Center to perform an autopsy on the body of said deceased. I understand that any diagnostic information gained from the autopsy will become part of the deceased's medical record and will be subject to the laws applicable to medical records.

أقر أنا (الاسم بأحرف الطباعة)، بصفتي (صلة القرابة بالمتوفى) المتوفى (اسم المتوفى)، وبموجب ما يلي، بمطالبة قسم علم الأمراض (Pathology Department) في مركز مستشفى سينسيناتي للأطفال الطبي (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) بإجراء تشريح لجثة المتوفى المذكور. وأدرك أن أية معلومات تشخيصية سيتم الحصول عليها من تشريح الجثة ستتم إضافتها إلى السجل الطبي للمتوفى وستكون خاضعة للقوانين السارية على السجلات الطبية.

راجع إصدار الإنجليزية
See English

Retention of Organs/Tissues:

I authorize the removal, examination, and retention of organs, tissues, prosthetic and implantable devices, and fluids as the pathologists deem proper for diagnostic, education, quality improvement and research purposes. I further agree to the eventual disposition of these materials as the pathologists or the hospital determine or as required by law. This consent does not extend to the removal or use of any of these materials for transplantation or similar purposes. I understand that organs and tissues not needed for diagnostic, education, quality improvement, or research purposes will be sent to the funeral home or disposed of appropriately.

الاحتفاظ بالأعضاء/الأنسجة:

أصّرَح بإزالة وفحص والاحتفاظ بالأعضاء والأنسجة والأجهزة التعويضية والغرسات والسوائل، إلى الحد الذي يراه إخصائيو علم الأمراض مُلائماً لأغراض التشخيص والتعليم وتحسين الجودة والبحث. وأوافق أيضاً على التصرف النهائي في هذه المواد، إذا ما تقرر ذلك من قبل إخصائيو علم الأمراض أو إدارة المستشفى أو وفقاً لما يقتضيه القانون. ولا تمتد هذه الموافقة إلى إزالة أو استخدام أي من هذه المواد لأغراض الزرع أو أغراض مماثلة. وأدرك أن الأعضاء والأنسجة غير اللازمة لأغراض التشخيص أو التعليم أو تحسين الجودة أو البحث سيتم إرسالها إلى دار الجنازة أو التخلص منها بشكل مُلائم.



اسم المريض: _____
Patient Name
تاريخ الميلاد: _____
DOB
رقم السجل الطبي: _____
MRN

I understand that I may place limitations on both the extent of the autopsy and on the retention of organs, tissue, and devices. I understand that any limitations may compromise the diagnostic value of the autopsy and may limit the usefulness of the autopsy for education, quality improvement, or research purposes. I have been given the opportunity to ask any questions that I may have regarding the scope or purpose of the autopsy.

وأدرك أن بوسعني وضع قيود على مدى تشريح الجثة وكذلك الاحتفاظ بالأعضاء والأنسجة والأجهزة. وأدرك أن أي قيود من شأنها أن تؤثر على القيمة التشخيصية لتشريح الجثة وأن تحد من فائدة تشريح الجثة لأغراض التعليم أو تحسين الجودة أو البحث. وقد أتيت لي الفرصة لطرح أية أسئلة قد تكون لدي بخصوص نطاق أو غرض تشريح الجثة.

Limitations:

None. Permission is granted for a complete autopsy

لا شيء. تم منح تصريح بإجراء تشريح كامل للجثة

Permission is granted for an autopsy with the following limitations. Please be specific.

تم منح تصريح بإجراء تشريح للجثة مع وضع القيود والشروط التالية. يرجى أن تكون محدداً.



By signing below, I confirm to the best of my knowledge that the law allows me to consent to the disposition of deceased's remains.

بتوقيعي، أدناه، أؤكد أن القانون يسمح لي - بحسب علمي- بالموافقة على التصرف في بقايا جثة المتوفي.

التاريخ: DATE	الوقت: TIME	توقيع الشخص الذي يُصرح بإجراء التشريح Signature of person authorizing the autopsy
الاسم بأحرف الطباعة Printed name	التاريخ: DATE	الوقت: TIME
الاسم بأحرف الطباعة Printed name	توقيع الطبيب الذي يحصل على التصريح Signature of physician obtaining permission	
عبر: <input type="checkbox"/> الفيديو <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> عبر: On-site Video Phone Via		اسم المترجم الفوري بأحرف الطباعة ورقم الهوية Print name of interpreter and ID number

This section is to be initiated if the caregiver is not present to give written consent (see policy MCP-G-107)
يجب البدء بهذا القسم في حالة عدم وجود مُتعهد الرعاية لإعطاء الموافقة الخطيئة (انظر سياسة MCP-G-107)

The above statements were read by the person obtaining permission to the person granting permission. The person granting permission was provided the opportunity to ask questions regarding the scope and purpose of the autopsy. The undersigned listened to the conversation with the permission of the parties and affirms that the person granting permission gave consent to the autopsy as indicated above.

وقد تمت قراءة البيانات المذكورة أعلاه من قبل الشخص الذي حصل على التصريح إلى الشخص الذي منح التصريح. وتم إعطاء الفرصة للشخص الذي يمنح التصريح لطرح الأسئلة المتعلقة بنطاق وغرض تشريح الجثة. وقد استمع المُوقِّعون أدناه إلى المُحادثة بإذن من الطرفين ويؤكدون أن الشخص الذي يمنح التصريح قد صرَّح ووافق على تشريح الجثة على النحو المُوضح أعلاه.

_____ :Name of caregiver
اسم مُتعهد الرعاية
No Yes
لا نعم
Identity confirmed:
تم تأكيد الهوية

Telephone number: _____ Date: _____ Time: _____
رقم الهاتف التاريخ الوقت

Comments: _____
ملاحظات

Caller Signature Printed Name Time/Date
توقيع المتصل الاسم بأحرف الطباعة الوقت/التاريخ

Witness Signature Printed Name Time/Date
توقيع الشاهد الاسم بأحرف الطباعة الوقت/التاريخ