



جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة  
النسائية والتوليد الأردنية

## جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة النسائية والتوليد الأردنية The Jordanian Society of Obstetricians and Gynecologists

### نموذج موافقة على عملية ختان المولود

I, (Guardian full name) ..... hereby authorize my physician in-charge Dr..... with medical assistants and health providers that he/she may designate, to perform circumcision on my male newborn at the hospital.	أنا (اسم الموصي الكامل) ..... أخوّل طبيبي المشرف الدكتور/ة..... بالإضافة إلى المساعدين الطبيين و مقدمي الخدمة الصحية التي يختارها طبيبي أعلاه على القيام بعملية الختان على مولودي الجديد الذكر في المستشفى
I authorize the team working with my physician to be available to assist my physician, provide care, and respond to emergencies always under the supervision of my physician in charge	إنني أخوّل الفريق الذي يعمل مع طبيبي المشرف ليكونوا متواجدين لمساعدته وتوفير العناية والتصرف في حالات الطوارئ يوماً توماً تحت اشراف طبيبي المشرف
I acknowledge that my physician has explained to me the risks and benefits - and the alternatives and their risks and benefits - to circumcision of my newborn baby. I understand how the procedure is performed and that possible risks include, but are not limited to, blood loss, possible injury to the penis and possible infection.	إنني أقرّ أن الطبيب المشرف علي قد أخبرني بالمخاطر والفوائد - وجميع البدائل بالإضافة لفوائد ومخاطر تلك البدائل- المتعلقة بالختان لمولودي الجديد. أقرّ بعلمي بكيفية إجراءات عملية الختان والمخاطر المتعلقة بها والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر، نزيف من مكان الطهور وإصابة للضبيب واحتمالية الإلتهاب.
I understand there is a small risk that the circumcision may need to be revised later in life. I understand that there may be additional treatments needed immediately after the circumcision, and if that occurs, I have agreed to give my permission to proceed.	مع العلم أن الاحتمالية قليلة، فإنني اتفهم ان عملية الختان قد يتطلب إعادتها لاحقاً. إنني اتفهم انه من الممكن أن يكون هنالك حاجة لعلاجات أخرى بعد عملية الختان وإنني أؤكد أنني أمتنح طبيبي المشرف بحق بالقيام بهذه العلاجات.
I acknowledge that results of medical treatments and surgical procedures may not be adequately predicted; and that neither the hospital nor my attending medical team can provide any guarantee or confirmation of the outcomes	وإنني أقرّ أن نتائج العلاج الطبي وإجراءات العملية لا يمكن توقعها بدقة و إن المستشفى والفريق الطبي المتواجد لا يمكنه توفير ضمانات أو تأكيدات بخصوص هذه النتائج.
I acknowledge that I have read and fully understand and agree to this consent form, that explanations have been made, and that my physician has answered all my questions.	أقرّ إنني قد قمت بقراءة وفهم نموذج الموافقة هذا بالكامل وقد تم توفير كافة التوضيحات لي وأن طبيبي المشرف قد قام بالإجابة على جميع استفساراتي.
I hereby release and agree to hold harmless the hospital, physicians, staff, and employees from all claims, actions, and losses related there to.	إنني أرى في المستشفى وأطباء في وفرقة موظفي من أي مطالبات وأعمال والخسائر المتعلقة بهذا الخصوص
<b>Guardian full name and signature:</b> Name: Date: Time: Signature: Regulation:	اسم الوصي الكامل وتوقيعه الإسم: التاريخ: الوقت: التوقيع: صلة القرابة:
Interpreter information if applicable: Name: Date: Time: Signature:	معلومات المترجم إن وجد: الإسم: التاريخ: الوقت: التوقيع:
<b>* Guardian must be the father of the male new born; if the father is not available then the mother is to give consent</b>	
<b>* يجب أن يكون ولي الأمر والد المولود الجديد، إذا لم يكن الاب متاحاً فعلى الأم إعطاء الموافقة</b>	
Physician name: Date: Time: Signature:	اسم الطبيب: التاريخ: الوقت: التوقيع: