

قانون زراعة الاعضاء والانسجة البشرية لسنة 1982  
مبادئ ممارسة الفحص غير الجنائي للجثة بعد الوفاة لسنة 2002  
نموذج موافقة على فحص الجثة بعد الوفاة

HUMAN TISSUE AND TRASPLANT ACT 1982  
NON-CORONIAL POST MORTEM EXAMINATIONS CODE OF PRACTICE 2002  
POST MORTEM EXAMINATION CONSENT FORM

اتفاق بشأن فحص الجثة بعد الوفاة

أنا \_\_\_\_\_ (الشخص الاقرب نسبا للمتوفى) أعطي الموافقة على فحص  
الجثة بعد الوفاة لإجرانه على \_\_\_\_\_ وفقا للشروط المحددة أدناه. وبإعطائي  
الموافقة, و في حدود ما اعلم:

- لم يعبر المتوفى قبل وفاته عن معارضته لفحص الجثة بعد الوفاة.
- وإن أيا من اقرباءه / اقربانها لا يعارض ذلك.
- أفهم أنه كامر طبيعي في كل فحص جثة بعد الوفاة, فإنه ستؤخذ عينات من الأنسجة و / أو السوائل  
و سيتم الاحتفاظ بهذه العينات و / أو السوائل إلى اجل غير مسمى لغايات الفحص المخبري و أسباب  
أخرى مشروعة, و أنها قد تستعمل في البحث الطبي و / أو في أغراض تعليمية.
- أفهم أن أخصائيي صحة آخرين (أخصائيون بعلم الامراض قيد التدريب وأطباء ممارسون وممرضات) قد  
يحضرون فحص الجثة بعد الوفاة بالإضافة الى أخصائي بعلم الامراض الذي سيجري الفحص.
- لقد قرأت و فهمت كراسة المعلومات بشأن فحص الجثة بعد الوفاة (وثيقة المعلومات المعتمده).
- لقد كان لدي الفرصة لطرح الاسئلة وقد حصلت على أجوبة مرضية لتلك الاسئلة.
- لقد حصلت على معلومات كافية وأعطيت وقتا كافيا لإتخاذ هذا القرار.

شروط مرفقة بالموافقة

فحص محدد للجثة بعد الوفاة

بإمكانك ان تحدد نطاق الفحص. سيقوم الشخص الذي أعطاك هذا النموذج بشرح الخيارات و مضامينها لك.

هل ترغب في تحديد نطاق الفحص؟ نعم لا (يرجى وضع دائرة)

إذا كانت الإجابة (نعم), فأين تريد تحديد نطاق الفحص:

- في الرأس  
 في الصدر  
 في البطن  
 أخرى (يرجى تحديدها)


الاعضاء التي أخذت  
بإمكانك ان توافق او أن تعارض أخذ اعضاء كاملة لإجراء المزيد من الفحوص عليها الامر الذي قد يؤدي إلى  
فهم اعمق للمرض.

إختر إحدى العبارات أدناه لتدلل على أنك توافق او لا توافق على أخذ أعضاء أو الإحتفاظ بها .

لا أمانع في أخذ أية أعضاء لمزيد من التحري اذا كان ذلك ضروريا لفهم سبب الوفاة و تأثير العلاج.

أعارض أخذ أية أعضاء لمزيد من التحري.

أعارض أخذ الاعضاء التالية لمزيد من التحري:

(يرجى سرد هذه الاعضاء ادناه)


التخلص من أية أنسجة أو أعضاء أخذت  
بعد إجراء المزيد من التحري على الانسجة او الاعضاء التي أخذت. فإن عينات تلك الانسجة أو الاعضاء يجب  
التخلص منها بطريقة مشروعة. و بإمكانك إعداد الترتيبات لذلك بنفسك أو أن يقوم المستشفى بعمل ذلك.

يمكن للمستشفى أن يقوم بالتخلص من الاعضاء بطريقة لائقة و مشروعة.

سأقوم بإعداد الترتيبات للتخلص من الاعضاء بشكل مشرووع.

أرغب في أن يتم إلحاق الاعضاء بالجنثة قبل استلامها حتى وإن أدى ذلك إلى إحتمال تأخير الجنازة.

#### البحث الطبي و التعليم

بإمكانك أن توافق أو أن لا توافق على أخذ أنسجة أو سوائل أو أعضاء و الإبقاء عليها لزمان غير محدد لاغراض  
التعليم و البحث الطبي.

ملاحظة: قد يتم الإحتفاظ إلى زمن غير محدد بالانسجة والسوائل و الاعضاء المتبرع بها.

إختر إحدى العبارات أدناه لتدلل على انك توافق او لا توافق على أخذ أية أنسجة او سوائل او أعضاء او  
الإحتفاظ بها لاغراض البحث الطبي و التعليم.

لا أمانع في أخذ أية أنسجة أو سوائل أو أعضاء لاغراض البحث الطبي والتعليم.

أمانع في أخذ أية أنسجة أو سوائل أو أعضاء لاغراض البحث الطبي والتعليم.

**POST MORTEM REPORT**

*You may want a copy of the results of the post mortem examination referred to a doctor of your choice*

I require a copy of the post mortem report to be forwarded to:

**Name & Address of Doctor:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CERTIFICATION BY NEXT OF KIN**

<b>My relationship to the deceased is:</b>	
<b>Signature:</b>	(Senior available Next of Kin)
<b>Date:</b>	
Witness certifying that all relevant information has been provided to the Next of Kin signing above:	
<b>Print Name:</b>	(Medical Officer)
<b>Date:</b>	

**VERBAL CONSENT FROM NEXT OF KIN (Doctor to Complete)  
ONLY WHERE RELATIVES ARE UNAVAILABLE TO SIGN  
(SUCH AS INTERSTATE)**

<b>Senior available Next of Kin consent obtained from:</b>	
<b>Relationship to the deceased is:</b>	

I hereby declare that I have discussed with the aforementioned Next of Kin, all points raised in this form, and they have given verbal consent for a post mortem examination to be performed and have indicated where required their conditions of consent.

<b>Print Name:</b>	(Medical Officer)
<b>Signed:</b>	<b>Date:</b>

**CERTIFICATION BY POST MORTEM COORDINATOR**

I \_\_\_\_\_, being the Post Mortem Coordinator for \_\_\_\_\_ Hospital, hereby certify, in accordance with the requirements of clause 12 (c) of the *Non-Coronial Post Mortem Examinations Code of Practice 2002*, that all relevant information has been provided to \_\_\_\_\_ (the senior available Next of Kin) so that informed decisions could be made by him/her in the giving of this consent.

<b>Print Name:</b>	(Post Mortem Coordinator)
<b>Signed:</b>	<b>Date:</b>

<b>AUTHORISATION OF POST MORTEM EXAMINATION</b>
---

I \_\_\_\_\_, being the designated officer/delegate of the designated officer for \_\_\_\_\_ Hospital, hereby authorise, in accordance with the requirements of section 25(1) of the *Human Tissue and Transplant Act 1982*, the post mortem examination of:

<b>Name of deceased:</b>	
<b>Date and place of death:</b>	

In accordance with the conditions attached to the above consent.

<b>Signature of designated officer/delegate:</b>	
<b>Position:</b>	
<b>Date:</b>	

---

**(Hospital use only)**

In accordance with the requirements of clause 12(d) of the *Non-Coronial Post Mortem Examinations Code of Practice 2002*, a copy of this document, authorising the post mortem examination of

\_\_\_\_\_,

in accordance with the conditions of consent as given by the senior available Next of Kin of the deceased, has been given to:

\_\_\_\_\_ (the senior available Next of Kin).

<b>Name of Post Mortem Coordinator: (Print in Block Letters)</b>	
<b>Signature of Post Mortem Coordinator</b>	
<b>Date:</b>	