

## الموافقة على التصوير الفوتوغرافي أو الظهور في تسجيلات الفيديو

أدناه ترجمة لاستمارة الموافقة التي ينبغي عليك توقيعها لإعطاء موافقتك على أخذ صور فوتوغرافية لك أو ظهورك في تسجيل فيديو. عندما يظهر النص على شكل <name>، فهذا يعني أنه جزء من الاستمارة ينبغي ملؤه إما من قبلك أو من قبل الطبيب السريري المشرف. ولا تحتاج إلى التوقيع على هذه الترجمة.

سنطلب منك توقيع الاستمارة الأصلية وبعد ذلك سنعطيك نسخة واحدة لكي تحتفظ بها وستحفظ بقية النسخ الأخرى في السجلات الطبية الخاصة بطفلك. إن كانت لديك أية أسئلة حول هذه الاستمارة، فالرجاء أن تطلب من أحد الموظفين أن يتصل هاتفياً بخدمة Language Line على الرقم 0845 310 9900 لتأمين مترجم لك على الهاتف.

## نص استمارة الموافقة

لقد تبنت أمانة الخدمات الصحية الوطنية NHS لمستشفى "غريت أورموند ستريت" للأطفال سياسة تتماشى مع قانون حماية البيانات Data Protection Act، الذي يعطيك الحق في التحكم بالاستعمال المستقبلي للصور الفوتوغرافية التي أخذت لك أو تسجيلات الفيديو التي ظهرت بها أثناء فترة معالجتك.

### • الإحالة إلى قسم الصور الإيضاحية الطبية

أود إحالتك إلى قسم الصور الإيضاحية الطبية Medical Illustration Department لأخذ صور طبية لك. هذه الصور ستكون جزءاً من سجلاتك الطبية وقد تستعمل لتعليم الكادر الطبي والموظفين الصحيين والطاقم التمريضي بالإضافة إلى طلاب الطب، أو لاستعمال آخر محدد كما هو مبين تفصيلاً أدناه.

### • تصوير فوتوغرافي طبي في الأمانة الصحية من قبل موظفين آخرين

إني <name> أقر بأنني مسجل مع قسم الصور الإيضاحية الطبية Medical Illustration وبأن التصوير الفوتوغرافي وخرن الصور الناتجة سوف يحدث بتوافق مع سياسة الأمانة الصحية الخاصة بفتح واستعمال السجلات السريرية الإيضاحية للمرضى، وبأنني سأقوم بأخذ الصور الملائمة بطريقة وقورة، وباستعمال أجهزة تصوير مصادق عليها من قبل قسم الصور الإيضاحية الطبية Medical Illustration.

تقصر هذه الموافقة استعمال الصور على الأغراض التي حددت من قبلك فحسب وإذا ما تطلب استعمال صورتك (صورك) بأي طريقة أخرى - على سبيل المثال، في كتاب دراسي طبي أو مصدر تعليمي على الإنترنت - فسوف تطلب الأمانة الصحية موافقتك المحددة للقيام بذلك.

<اسم الطبيب السريري وتوقيعه وتخصصه>

## الموافقة

في ضوء التفسير الذي أعطي لي من قبل <clinician's name>:

- أوافق على نشر الصور التي أخذت لأغراض تتعلق بملاحظات عن حالتي الشخصية الطبية
- أوافق على توفير الصور لأغراض تعليمية في سياق الرعاية الصحية كما تم وصفه أعلاه
- أوافق على نشر صورتي للغرض المحدد الذي تم وصفه أدناه. لا تمتد هذه الموافقة إلى أية منشورات أخرى.

<Details of publication>

<Signature of patient, parent or guardian, relationship to patient and date>