



MEDICAL PROCEDURE CONSENT FORM

- Button up shirts and loose pants are recommended. Dress comfortably.
- The technologist will place disc shaped electrodes with cream on the surface of the scalp and cover each disc with tape.
- When all the electrodes are on, the head will be wrapped with gauze and secured with tape. All of the electrodes connect down into a box that stays zipped in a pack that you will wear around your waist.
- The device will need to be worn as long as the physician requires.
- During the CVEEG¹, we have a Registered Technologist who intermittently monitors remotely during the entire study.
- We monitor and check in on you several times during your study to verify the integrity of your EEG² and inquire about any symptoms you may have experienced while in our care.
- Upon completion of your study, depending on your individual situation, you may either self disconnect the electrodes or have the technologist remove them when returning to pick up the equipment.

NOTE: We use hypoallergenic products and tape, but please let your technologist know of any skin sensitivities.

I consent to an EEG with audio and video recording

I agree to the request made by my physician to have a live EEG monitoring procedure. I also consent to the use of audio recording and the recording of images with video, before and during the procedure by the Neurovation Solutions technologist and equipment. All photographic and audio documentation is kept confidential and be used as part of a diagnostic procedure only.

¹ CVEEG: continuous video electroencephalogram

² EEG: electroencephalogram

نموذج موافقة على إجراء طبي

- يوصى بارتداء القمصان ذات أزرار مع سراويل مريحة وفضفاضة.
- سيضع الطاقم الفني أقطاباً على شكل قرص مع الكريم على فروة الرأس ويغطي كل قرص بشريط لاصق.
- عندما يتم تركيب جميع الأقطاب الكهربائية، سيتم لف الرأس بشاش وتثبيتها بشريط لاصق، تتصل جميع الأقطاب الكهربائية في صندوق يبقى مغلف في حقيبة يتم ارتداؤها حول خصرك.
- يجب ارتداء الجهاز للمدة التي يطلبها الطاقم الفني.
- لدينا فني معتمد يراقب عن بعد التخطيط الكهربائي للدماغ طوال الأمد.
- تتم المتابعة و المراقبة عدة مرات أثناء الفحص للتحقق من سلامة تخطيط كهربائية الدماغ الخاص بك و الإستفسار عن أي أعراض قد تكون عانيت منها.
- عند الانتهاء من الفحص يمكنك إزالة الأقطاب الكهربائية بنفسك أو يمكنك انتظار الفني لإزالتها عند استرجاع الجهاز.

ملاحظة: يتم استخدام المنتجات والشريط اللاصق المضاد للحساسية، ولكن من المهم إخبار الفني الخاص بك إذا كنت تعاني من أي نوع من أنواع الحساسية الجلدية.

أوافق على إجراء تخطيط كهربائية الدماغ (EEG) مع تسجيل الصوت و الفيديو

أوافق على طلب طبيبي المُعالج بإجراء تخطيط كهربائية الدماغ لمراقبة نشاطه. وأوافق على قيام أخصائي فني من Neurovation Solutions بتسجيل الصوت والصور الحية بالفيديو قبل الإجراء الطبي وخلالها بواسطة معدات Neurovation Solutions. ويتم الحفاظ على سرية الصور الفوتوغرافية والوثائق الأخرى وتستخدم فقط كجزء من الإجراء التشخيصي.



I understand the following:

- This consent is voluntary and my refusal to consent will not result in any harm to me/my dependent/my relative.
- The video and audio will be part of my medical record.
- I release the company and all affiliates, technologists, nurses, and other healthcare personnel from any claims that may arise, which may or could arise from the taking or use of audio, video or EEG recordings.
- There is a minimal risk that a seizure may be triggered by the flashing lights or hyperventilation.
- Factors that could interfere with the EEG reading: Low blood sugar, certain medications (e.g. sedatives) consumption of caffeine, and having hair products applied.
- I will not receive any remuneration in the future, and I waive any interest in the same.
- This consent shall remain in effect until revoked in writing.
- I had a chance to ask questions related to this and my questions were answered satisfactorily.

Please type initials _____

I acknowledge and consent to this EEG procedure.

Patient Signature

Patient Initials: _____ Date: _____

Representative Signature

Representative Initials: _____ Date: _____

(If the patient is not capable of signing, please have a representative sign)

I have explained to the above signed that this is a pure, voluntary consent and his/her objection to the request will not, under any circumstances, deliberately, affect the quality of medical care being delivered.

I have explained and documented in the medical records the nature and purposes of this request for a medical video, audio or photography.

I have the opportunity and allowed the above-signed to ask any questions related to this request and I provided the answers to all questions.

Representative Signature

Representative Initials: _____ Date: _____

أُتفهم وأقبل ما يلي:

- هذه الموافقة طوعية وامتناعي عنها لا يؤدي إلى أذيتي / أذية المريض من عائلتي / أذية المريض من أقربائي.
- يُضاف تسجيل الصوت والفيديو إلى سجلاتي الطبية.
- أبرئ الشركة والشركات التابعة لها والفنيين والممرضين وأخصائيي الرعاية الصحية الآخرين من أي مطالبات قد تنشأ من جراء تصوير أو استخدام تسجيل الصوت والفيديو لتخطيط كهربائية الدماغ.
- من الممكن أن يكون هناك خطورة بسيطة عبر إثارة النوبات الصرعية بالإضاءة أو فرط التنفس.
- من العوامل التي قد تتعارض مع تخطيط كهربائية الدماغ: انخفاض سكر الدم، أنواع معينة من الادوية (مثل: مخدر) استهلاك الكافيين، ومنتجات الشعر.
- لن أتلقى أي أجر أو مكافأة في المستقبل وأنفي وأتنازل عن أي نية في تحصيلهما.
- تبقى هذه الموافقة سارية المفعول ما لم يتم إلغاؤها خطياً.
- أعطيت لي فرصة طرح الأسئلة المتعلقة بالإجراء وحصلت على الإجابات الشافية عنها.

يُرجى تدوين الأحرف الأولى من الاسم _____

أقبل وأوافق على إجراء تخطيط كهربائية الدماغ (EEG).

توقيع المريض(ة)

الأحرف الأولى من اسم المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص الممثل

الأحرف الأولى من اسم الشخص الممثل: _____ التاريخ: _____

إذا لم يكن المريض(ة) قادرًا على التوقيع، يُرجى قيام الشخص الممثل(ة) عنه بالتوقيع

شرحت للمريض(ة) الموقع(ة) أعلاه أن هذه الموافقة طوعية تمامًا، وأن الامتناع عنها لا يؤثر إطلاقًا وبشكل متعمد في جودة الرعاية الطبية المقدمة له(ا).

شرحت ووثقت في السجلات الطبية طبيعة طلب تسجيل الفيديو أو الصوت أو الصور الطبية والغايات منه. أعطيت الفرصة للمريض(ة) الموقع(ة) أعلاه لطرح الأسئلة المتعلقة بطلب الإجراء، وأجبت عن جميع أسئلته(ا).

توقيع الأخصائي الفني

الأحرف الأولى من اسم الأخصائي الفني: _____ التاريخ: _____