

Title: Informed consent for Liver Surgery (LIVES) registry	
Version: 1.2022	Current version date: January 2022
First version date: January 2022	Revision due date: January 2024

<p>We invite you to participate in the liver surgery (LIVES) registry, which is focused on patients operated for any liver lesions. The main objective is to trace the perioperative outcomes. Your medical management will be carried out as usual by your healthcare team. Your doctor will collect clinical data relevant to your care and follow-up. This data can be used any time in the future as part of this registry. Your doctor can answer any questions you may have.</p> <p>Before any transmission, your medical data will be transcribed and anonymized so that the confidentiality will be secured.</p> <p>You are free to accept or refuse to participate and your refusal will not compromise the care provide or the access to treatment.</p> <p>You may terminate your participation at any time without having to explain your choice, and this would not affect your relationship with your doctor.</p> <p>I, the undersigned, agree to the use of my/my represented person's medical data for research purposes.</p> <p>▪ Patient/legal representative's name:</p> <p>Signature:</p> <p>Date:</p> <p>▪ Name of the doctor who provided the information:</p> <p>Signature:</p> <p>Date:</p>	<p>ندعوك للمشاركة في سجل جراحة الكبد (LIVES) ، والذي يهتم بالمرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية بالكبد. الهدف الرئيسي من السجل هو تتبع النتائج المترتبة على الجراحة بدون التأثير على أو تغيير خطتك العلاجية المعتادة والتي يشرف عليها فريق الرعاية الصحية الخاص بك. سيجمع طبيبك البيانات السريرية ذات الصلة برعايتك ومتابعتك والتي يمكن استخدامها في أي وقت في المستقبل كجزء من هذا السجل. يمكن لطبيبك الإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك. عند استخدام بياناتك الطبية لهذا السجل فإنه يتم إخفاء هويتك لكي نتأكد من تأمين سرية هذه البيانات. أنت حر في قبول أو رفض المشاركة في هذا السجل ولن يؤثر رفضك على تقديم الرعاية المعتادة ويمكنك إنهاء مشاركتك في أي وقت دون الحاجة إلى توضيح الأسباب ودون التأثير على علاقتك بطبيبك.</p> <p>أنا ، الموقع أدناه ، لا أعارض استخدام البيانات الطبية الخاصة بي / بالشخص الذي أمثله لأغراض البحث.</p> <p>▪ اسم المريض / المخول عنه:</p> <p>التوقيع:</p> <p>التاريخ:</p> <p>▪ اسم الطبيب الذي قدم المعلومات:</p> <p>التوقيع:</p> <p>التاريخ:</p>
--	---

<p>▪ Medical witness name:</p> <p>Signature:</p> <p>Date:</p> <p>▪ Interpreter's name (if any):</p> <p>Language used:</p> <p>Signature:</p> <p>Date:</p> <p>For further inquiries, please contact: Dr Abdallah Al Farai Email: a.alfarai@cccrc.gov.om Telephone: 22774486</p>	<p>▪ اسم الشاهد الطبي:</p> <p>التوقيع:</p> <p>التاريخ:</p> <p>▪ اسم المترجم الفوري (إن وجد):</p> <p>اللغة المستخدمة:</p> <p>التوقيع:</p> <p>التاريخ:</p> <p>لمزيد من الاستفسارات ، يرجى الاتصال بـ: الدكتور عبد الله الفرعي بريد إلكتروني: a.alfarai@cccrc.gov.om هاتف: 22774486</p>
---	--