

Consent for Photography

Title: A Randomized Controlled Trial on the Application of Artificial Intelligence (AI) in Skin Assessment for Pressure Injury Prevention and Staging by Critical Care Nurses

NCT Number:
Not Available as yet

Document Date
December 5, 2025

مستشفى الملك فيصل التخصصي
ومركز الأبحاث

KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL
AND RESEARCH CENTRE

Patient Nameplate

FOR PHOTOGRAPHY
USE ONLY

Work Order No.:

Date:

Photographer:

I hereby authorize the Hospital Authorized Personnel to photograph me and/or take electronic records of me for one or more of the following reasons:

(Delete if inapplicable)

- 1 - Medical Records
- 2 - Publication in a medical journal
- 3 - Medical Teaching
- 4 - Other (Please specify)

بهذا أفوض موظفي المستشفى المختصين بتصويري و/أو أخذ تسجيلات إلكترونية للسبب / الأسباب التالية :
(اشطب البند الذي لا ينطبق)

- (١) للسجلات الطبية
- (٢) للنشر في المجلة الطبية
- (٣) للتعليم الطبي
- (٤) لأسباب أخرى (يرجى تحديدها)

I understand that my refusal to sign this consent would not change the course of my treatment.

I voluntarily consent to this procedure and hereby release King Faisal Specialist Hospital and Research Centre, the Physicians and other personnel working with the institution from any legal liability associated with this procedure.

أعلم أن إجماعي عن التوقيع على هذا الإذن الخطي لن يؤثر على سير معالجاتي.

وبموافقتي على هذا الإجراء فأنني أعفي مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث والأطباء والموظفين العاملين فيه من أي مسؤوليات قانونية تترتب على هذا الإجراء.

Printed Names and Signatures

الاسماء مكتوبة بوضوح والتوقيعات

Witness

الشاهد

Patient

المريض

Physician

الطبيب

Date

التاريخ

In case the patient's condition reasonably precludes the ability to grant informed consent, the above information has been explained to the following responsible relative and treatment is hereby authorized.

نظرا لأن حالة المريض لا تسمح بمنح هذا الإذن الموافقة فإنه قد تم شرح المعلومات الواردة أعلاه إلى ولي الأمر والذي وافق على التوقيع على هذا الإذن الخطي.

Relationship

صبيته / شريكه

Name

الاسم

Date

التاريخ

Signature

التوقيع

(continued overleaf)

... / انظر خله

CONSENT FOR PHOTOGRAPHIC
AND/OR ELECTRONIC RECORDINGS

FORM 980-41 (6-10) (formerly 802-04) 182119

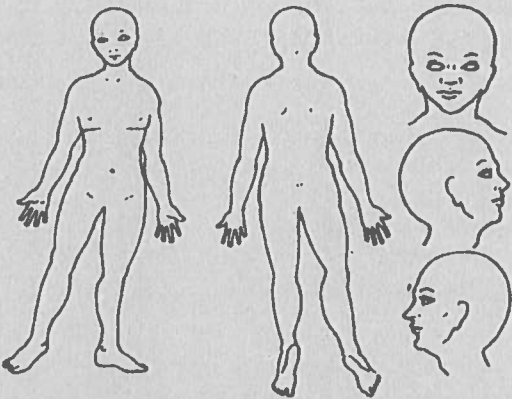
أذن خطي بالموافقة على التصوير و/أو أخذ تسجيلات إلكترونية

82121500/191

Doctor's Instructions:

تعليمات الأطباء

BODY PART	AP	PA	L A T		3/4	CLOSE UP	



ALL PHOTOGRAPHS ARE THE PROPERTY OF KFSH & RC

Diagnosis:

التشخيص

(Important : Please Include for retrieval purpose)

COPIES TO :