

## **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 الابحاث

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 الكترونية للسبب / الأسباب التالية :  
(انطب 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.

Printed Names and Signatures

الاسهام مكتوبة بوضوح والتوفيق

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.

نظراً لأن حالة المريض لاتسمح بمنح هذا الاذن المراقبة فانه قد تم شرح المعلومات الواردة اعلاه الى ولد الامر والذى وافق على التوقيع على هذا الاذن الطبي .

Relationship

صيغة خبرة

Name

الاسم

Date

التاريخ

Signature

التوفيق

(continued overleaf)

... / انظر خلفه

CONSENT FOR PHOTOGRAPHIC  
AND/OR ELECTRONIC RECORDINGS  
FORM 980-41 (8-10) (formerly 802-04) 182119

8213215001191

اذن خطي بالموافقة على التصوير و/أو أخذ تسجيلات الكترونية

Doctor's Instructions:

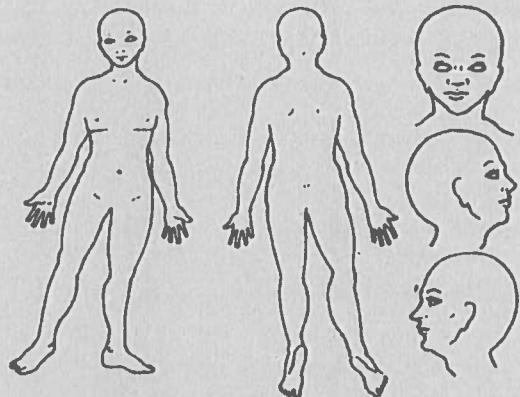
تعليمات الأطباء

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 :

---

---