

نموذج موافقة المريض (PATIENT AGREEMENT FORM)

أقراص Mifeprex (مايفبريستون)

مقدم الرعاية الصحية: اخبر المريضة بمخاطر Mifeprex. ويتعين عليك وعلى المريضة توقيع هذه الاستمارة.

نموذج موافقة المريض:

1. لقد قررت أن أتناول Mifeprex والميزوبروستول لإنهاء حملي وسأتبع نصيحة مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بشأن موعد تناول كل دواء وبشأن ما يجب عليّ فعله في حالات الطوارئ.
أعلم:
2. أعلم:
 - a. أنني سأتناول Mifeprex في اليوم الأول.
 - b. سيقوم مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بإعطائي أو وصف أقراص الميزوبروستول لي، والتي سأتناولها بعد تناولي لـ Mifeprex بمدة تتراوح بين 24 و48 ساعة.
3. لقد تحدثت مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بشأن مخاطر الدواء، وتتضمن حدوث:
 - نزيف حاد
 - عدوى
 - حمل متنبذ (حمل خارج الرحم)
4. سأتصل بالعيادة/عيادة الطبيب مباشرة إذا حدث في الأيام التالية لفترة العلاج وشعرت ب:
 - ارتفاع في درجة الحرارة (حمى) إلى 100.4 درجة فهرنهايت أو أكثر لمدة تزيد عن 24 ساعة
 - ألم حاد في منطقة المعدة (البطن)
 - نزيف حاد (بحيث يغمر اثنتين من الفوط الصحية السمكة كبيرة الحجم خلال ساعة واحدة، لمدة ساعتين متتاليتين)
 - ألم أو عدم راحة في البطن/ أو إذا "شعرت باعتلال"، ويشمل ذلك الشعور بضعف أو غثيان أو قيء أو إسهال لأكثر من 24 ساعة بعد تناول أقراص الميزوبروستول
5. لقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بأن هذه الأعراض قد تتطلب تلقي خدمة الرعاية الطبية الطارئة. وفي حالة تعذر الوصول إلى العيادة/عيادة الطبيب على الفور، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بالجهة التي يجب عليّ الاتصال بها وبما يجب فعله.
6. يجب عليّ أن أتابع مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بعد تناولي لدواء Mifeprex بمدة تتراوح بين 7 و14 يوم، وذلك للتأكد من انتهاء حملي ومن أنني بصحة جيدة.
7. أعلم أن العلاج لا ينجح في بعض الحالات. وهذا يحدث مع حوالي 2 لـ 7 سيدات من أصل 100 سيدها يستخدمن هذا العلاج. إذا استمر حملي بعد العلاج بـ Mifeprex والميزوبروستول، فسأحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بشأن إجراء جراحة لإنهاء حملي.
8. إذا احتجت إلى إجراء جراحة لعدم تمكن الأدوية من إنهاء حملي أو لوقف حالة النزيف الحاد، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية الخاص بي بأنه سيقوم بإجراء الجراحة لي أو إحالتي إلى جهة أخرى موفرة للرعاية الصحية للقيام بها.
9. إنني احتفظ بدليل الأدوية (Medication Guide) الخاص بدواء Mifeprex. وسوف أخذه معي إذا قمت بزيارة مركز طوارئ أو جهة موفرة للرعاية الصحية، خلافاً لتلك التي وصفت لي دواء Mifeprex، بحيث يكونون على علم بأنني أخضع للإجهاض الطبي باستخدام أقراص Mifeprex.
10. لقد أجاب مقدم الرعاية الصحية الخاص بي على جميع أسئلتني.

توقيع المريض: _____ اسم المريض (بخط واضح): _____

التاريخ: _____

وقعت المريضة على نموذج موافقة المريض في حضوري بعد أن اسديت لها النصيحة وأجبت على جميع أسئلتها. وأعطيتها دليل الأدوية (Medication Guide) الخاص بدواء Mifeprex.

توقيع مقدم الرعاية الصحية: _____ اسم مقدم الرعاية الصحية (بخط واضح): _____

التاريخ: _____

بعد أن تقوم المريضة ومقدم الرعاية الصحية بالتوقيع على نموذج موافقة المريض، قم بإعطاء نسخة واحدة للمريضة قبل أن تغادر العيادة ووضع نسخة أخرى في سجلها الطبي.

2016/03