

**مقدمو الرعاية الصحية:** تقديم المشورة إلى المريض بشأن مخاطر دواء mifepristone. يتعين عليك أنت والمريض التوقيع على هذا النموذج.

### اتفاقية المريض:

1. لقد قررت أن أتناول دواء mifepristone و misoprostol لإجهاض حملي وسأتبع مشورة مقدم الخدمة بشأن موعد تناول كل دواء وماذا أفعل في حالات الطوارئ.
2. أدرك الآتي:
  - أ. أنني سأتناول دواء mifepristone في اليوم الأول.
  - ب. أن مقدم الخدمة سيعطيني أو سيصف لي أقراص misoprostol التي سأتناولها بعد دواء mifepristone بمدة تتراوح بين 24 و48 ساعة.
3. تحدث إلي مقدم الرعاية الصحية حول مخاطر الدواء، بما في ذلك:
  - النزيف الحاد
  - إصابة بعدوى
  - حدوث حمل منتبذ (حمل خارج الرحم)
4. سأتصل بالعيادة/المركز على الفور إذا أصبت في الأيام التالية لتناول العلاج بالآتي:
  - حمى تصل إلى 100.4 درجة فهرنهايت أو أعلى تستمر لأكثر من أربع ساعات
  - آلام شديدة في منطقة المعدة (البطن)
  - نزيف حاد (امتلاء فوطتين صحييتين سميكتين بالحجم الكامل بالنزيف في الساعة الواحدة لمدة ساعتين متتاليتين)
  - ألم في المعدة أو شعور بعدم الراحة، أو "شعور بالمرض"، بما في ذلك الضعف أو الغثيان أو القيء أو الإسهال، بعد أكثر من 24 ساعة من تناول دواء misoprostol
5. لقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية أن هذه الأعراض قد تتطلب رعاية طارئة. إذا لم أستطع الوصول إلى العيادة أو المركز على الفور، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية بمن أتصل وماذا أفعل.
6. يجب أن أتابع مع مقدم الرعاية الصحية بعد 7 إلى 14 يومًا تقريبًا من تناول دواء mifepristone للتأكد من إجهاض حملي وأنتي بصحة جيدة.
7. أعلم أن العلاج لا يجدي نفعًا في بعض الحالات. وهذا يحدث مع 2 إلى 7 نساء تقريبًا من كل 100 امرأة يتناولن هذا العلاج. إذا استمر حملي بعد تناول دواء mifepristone و misoprostol، فسأتحدث إلى مقدم الخدمة عن إجراء عملية جراحية لإجهاض حملي.
8. وفي حالة احتياجي إلى إجراء عملية جراحية بسبب عدم جدوى الأدوية في إجهاض حملي أو إيقاف النزيف الحاد، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية أنه سيقدر ما إذا كان سيقوم بإجراء العملية أو إحالتي إلى مقدم رعاية صحية آخر ليقوم بذلك.
9. لدي دليل العلاج الخاص بدواء mifepristone. سأأخذه معي إذا ذهبت إلى أي قسم طوارئ أو أحد مقدمي الرعاية الصحية الذي لم يعطيني دواء mifepristone، حتى يكون على علم بأنني أجري عملية إجهاض طبي باستخدام دواء mifepristone.
10. أجاز مقدم الرعاية الصحية عن جميع أسئلتني.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ اسم المريض (مطبوعًا): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

وقع المريض على اتفاقية المريض بحضوري بعد إدلائي بالاستشارة وإجابتي عن جميع أسئلته. لقد أعطيت المريض دليل دواء mifepristone.

توقيع المقدم: \_\_\_\_\_ اسم المقدم (مطبوعًا): \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

بعد توقيع المريض والمقدم على اتفاقية المريض هذه، يتم تسليم نسخة واحدة للمريض قبل مغادرته المركز والاحتفاظ بنسخة واحدة في السجل الطبي.