

نموذج موافقة المريضة

أقراص ميفيبريستون، تركيز 200 مجم

مقدمو الرعاية الصحية: تقديم المشورة للمريضة بشأن مخاطر عقار ميفيبريستون. يجب أن تقدم أنت والمريضة توقيعًا مكتوبًا أو إلكترونيًا على هذا النموذج.

موافقة المريضة:

1. لقد قررت تناول ميفيبريستون وميزوبروستول لإنهاء حمي وسأتابع نصيحة مقدم الرعاية المتابع لي بشأن وقت تناول كل عقار وماذا أفعل في حالة الطوارئ.
2. أفهم:
 - أ. سأتناول عقار ميفيبريستون في اليوم 1.
 - ب. سأتناول أقراص ميزوبروستول بعد 24 إلى 48 ساعة من تناول ميفيبريستون.
3. لقد تحدث مع مقدم الرعاية الصحية عن المخاطر، وتشمل:
 - نزيفًا شديداً
 - عدوى
4. سأواصل مع العيادة/المكتب/مقدم الرعاية على الفور إذا كنت أعاني في الأيام التالية للعلاج من:
 - حمى تبلغ 100.4 درجة فهرنهايت أو أعلى تستمر لأكثر من أربع ساعات
 - نزيف شديد (امتلاء فوطتين صحبيتين بالدم بالكامل في الساعة لمدة ساعتين متاليتين)
 - ألم أو انزعاج شديد في منطقة المعدة (البطن)، أو أشعر "بالغثيان"، بما في ذلك الضعف أو الغثيان أو القيء أو الإسهال، بعد أكثر من 24 ساعة من تناول ميسوبروستول - قد تكون هذه الأعراض علامة على عدوى خطيرة أو مشكلة أخرى (بما في ذلك الحمل المنتبذ، الحمل خارج الرحم).
 - أخبرني مقدم الرعاية الصحية أن هذه الأعراض قد تتطلب رعاية طارئة. إذا لم أتمكن من الوصول إلى العيادة/المكتب/مقدم الرعاية على الفور، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية بمن أتصل وماذا أفعل.
5. يجب أن أتابع مع مقدم الرعاية الصحية المتابع لي بعد نحو 7 إلى 14 يوماً من تناولي لعقار ميفيبريستون للتأكد من انتهاء حمي وأني على ما يرام.
6. أعلم أنه في بعض الحالات، لن يكون العلاج فعالاً. يحدث هذا في نحو 2 إلى 7 من كل 100 امرأة تستخدم هذا العلاج. إذا استمر حمي بعد العلاج بعقاري ميفيبريستون وميسوبروستول، فسوف أتحدث مع مقدم الرعاية حول إجراء جراحي لإنهاء حمي.
7. إذا كنت بحاجة إلى إجراء جراحي لأن الأدوية لم تُنهِ حمي أو لوقف النزيف الشديد، فقد أخبرني مقدم الرعاية الصحية المتابع لي ما إذا كان سيقوم بهذا الإجراء أو يحيلني إلى مقدم رعاية صحية آخر ليقوم بذلك.
8. لدى دليل العلاج باستخدام عقار ميفيبريستون.
9. لقد أجبت مقدم الرعاية الصحية المتابع لي عن جميع أسئلتي.

توقيع المريضة: _____
المريضة: _____
الاسم (بخط واضح): _____
التاريخ: _____

توقيع مقدم الرعاية: _____
مقدم الرعاية: _____
الاسم (بخط واضح): _____
التاريخ: _____

يمكن تقديم نماذج موافقة المريض وإكمالها وتوقيعها ونقلها ورقياً أو إلكترونياً.