



نموذج موافقة المريض بالتدخل الدوائي

أقر أنا الطبيب: / / بقبول / بقبول / بقبول .. بأنني قد قمت بشرح كافة التفاصيل بحالة المريضة، وأهمية التدخل الدوائي للعلاج، وإيضاح الآثار الجانبية له. وذلك لتوقيع المريضة على فهم ورضاها القانوني لأخذ العلاج.

التاريخ: 7/11/2021

التوقيع

الخطّة العلاجية:

- 1- سيتم توقيف استخدام علاج مونتيلاكاست. ومناقشة الحالة بعد ذلك مع قسم الطب التنفسي.
- 2- يعطى المريض 60 مجم بريدينزولون كل يوم لمدة 45 يوم.

موافقة المريضة:

لقد تلقيت جميع المعلومات المتعلقة بي وفهمت الخطّة العلاجية الكاملة. إضافة إلى ذلك، فقد تلقيت كافة التفاصيل حول طبيعة العلاج الذي سوف يقدم لي وفوائده وأعراضه الجانبية كذلك. وعليه:
أقر بالموافقة، وعلى ذلك أوقع.

☒ أوافق

☐ لا أوافق

اسم المريض كاملا:

التاريخ:

7 november 2021

توقيع المريض: