

## استمارة الموافقة على العلاج

### علاج المريضات بواسطة الفالبيورات

#### يجب ملء هذه الوثيقة وتوقيعها

يكمن الهدف من وراء الموافقة على العلاج في التأكد من أن المريضات، اللواتي يسمح لهن سنهن بالحمل أو سوف يسمح لهن بالحمل (سن الخصوبة)، هن على اطلاع تام بمخاطر التشوهات الخلقية وباضطرابات النمو العصبي لدى الأطفال المنحدرين من نساء استعملن الفالبيورات خلال فترة الحمل.

يجب أن يتم ملء وثيقة الموافقة على العلاج من طرف الطبيب المختص وجميع المريضات، قبل البدء بعلاجهن بواسطة الفالبيورات وقبل كل إعادة تقييم لهذا العلاج (على الأقل عند كل وصفا سنوية).

يجب تقديم هذه الوثيقة للصيدلية للحصول في كل مرة على هذا الدواء.

بيانات المريضة

الإسم: ----- النسب: -----

إذا كانت المريضة قاصرا أو/ و محمية من طرف القانون، إسم الشخص الذي يمثلها:

أ- تأكيد من طرف الطبيب مانح الوصفة

- وأكد أن المريضة المذكورة لا تتجاوب بشكل كافي أو لا تتحمل العلاجات الأخرى ، وأن الفالبيورات يعد الخيار العلاجي الوحيد.

لقد ناقشت النقاط التالية مع المريضة المذكورة/ ممثلها:

- الأطفال المنحدرين من أمهات استعملن الفالبيورات خلال فترة الحمل هم الأكثر تعرضا لخطر التشوهات الخلقية (حوالي عشرة في المائة) ولنسبة كبيرة من اضطرابات النمو العصبي ومن بينها اضطرابات طيف التوحد (حوالي 30 إلى أربعين في المائة) التي من شأنها أن تتسبب في اضطرابات مهمة للتعلم.
- ضرورة استعمال الجرعة الأقل والأنجع.
- ضرورة استعمال موانع ناجعة للحمل (إذا كانت المريضة في سن الخصوبة).
- ضرورة إعادة تقييم العلاج بشكل منتظم على الأقل مرة في السنة إذا كانت المريضة ترغب في الإنجاب.
- ضرورة قيام المريضة باستشارة فورية إذا كانت المريضة حاملا أو تضن ذلك خلال فترة العلاج.
- لقد قمت بتسليم نظير من النشرة الإعلامية الخاصة بالمريض إلى المريضة نفسها / ممثلها:

إسم الطبيب مانح الوصفة: ----- التاريخ: -----

التوقيع والختم: -----

ب- خاص بالمريضة/ ممثلها

المرجو قراءة ما يلي بتأن ووضع علامة على الخانة الملائمة لتأكيد موافقتكم.

أنا الموقع(ة) أسفله ----- أعني:

- أنه تم وصف العلاج بالفالبورات لفائدتي لأنني لا أتجارب بشكل كافي أو لا أتحمّل العلاجات الأخرى ، وأن الفالبورات يعد الخيار العلاجي الوحيد بالنسبة لي.
- أن الأطفال المنحدرين من أمهات استعملن الفالبورات خلال فترة الحمل هم الأكثر تعرضا لخطر التشوهات الخلقية (حوالي عشرة في المائة) ولنسبة كبيرة من اضطرابات النمو العصبي ومن بينها اضطرابات طيف التوحد (حوالي 30 إلى أربعين في المائة).
- أنني في سن تسمح لي بالإنجاب، وينبغي أن أستعمل وسيلة ناجعة لمنع الحمل.
- أنني لا أنوي الإنجاب.
- أن العلاج الذي أخضع له سيتم تقييمه مرة في السنة على الأقل.
- أنه يجب علي طلب الاستشارة قبل التفكير في الإنجاب.
- أنه في حالة الحمل أو الشك في ذلك خلال فترة العلاج بالفالبورات، ينبغي علي استشارة طبيبي بشكل فوري.

إسم المريضة/ ممثلها: ----- التاريخ:-----

التوقيع:-----

ينبغي حفظ هذه الوثيقة مع الملف الطبي و تسليم نسخة منها إلى المريضة أو ممثلها القانوني.

\*بالنسبة للمريضات القاصرات، تسلّم النسخة لمن له الوصاية الأبوية، وبالنسبة للمريضات الراشديات اللواتي يحميهن القانون، للممثل القانوني.