



اقرار

أقر أنا/
أن أخذ جميع الاحتياطات لمنع الحمل خلال الفترة شهر قبل بدء العلاج وأثناء العلاج،
ولمدة سنتين بعد انتهاء العلاج بدواء النيوتيجازون (Neotigason)
وأقر بأنني على علم ودراية تامة بما قد ينتج عنه من أعراض جانبية وتشوهات للجنين اذا
حدث حمل خلال الفترة المذكورة أعلاه.
وهذا اقرار مني بذلك.

المقر بما فيه

أقرار الزوج

اقرار الطبيب

أقر أنا الدكتور/

أني قد شرحت للمريض/المريضة طبيعة هذا العلاج والأعراض الجانبية وضرورة
الإلتزام باستمرار العلاج وأن يعود المريض/المريضة للمراجعة في حال ظهور اعراض
تستدعي المراجعة لاتخاذ القرار المناسب.

الطبيب المعالج