

الحقن العضلي

وثيقة الموافقة المستنيرة

رقم المراجعة / التاريخ: 2026 v09 / 10.07.2026

رقم النموذج: EOF-001

رقم بروتوكول المريض	التاريخ	
رقم الهوية التركية / جواز السفر	تاريخ الميلاد	
اسم المريض الكامل	الجنس	
التشخيص		

1. الإجراء المزمع القيام به

أوضح لي طبيبي أنه سيتم حقن دواء عن طريق إبرة داخل العضلة (عضلة الألية أو مجموعة عضلية أخرى). الدواء الذي سيعطى: (مسكن للألم / مضاد التهاب غير ستيرويدي / مضاد حيوي / فيتامين ب / مرخ للعضلات / كورتيزون وغير ذلك).

يُجرى هذا الإجراء في بيئة العيادة، في ظروف معقمة، وعلى يد كوادر صحية ذات خبرة.

2. الأمور التي أخطت بها علماً

اسم الدواء وجرعته والغرض من إعطائه
الآثار الجانبية المحتملة وخطر الحساسية
أبلغت طبيبي بما عانيت سابقاً من حساسية تجاه الأدوية / وبأمراضى المزمنة
أن من حقى العدول عن هذا الحقن

3. المخاطر والمضاعفات المحتملة

شائع جداً (بسيط): ألم خفيف في موضع الإبرة، احمرار، تصلب، تورم مؤقت
نادر: نزيف موضعي / كدمة، تهيج مؤقت لعصب أو وعاء دموي، دوخة، تغير مؤقت في ضغط الدم
نادر جداً: تفاعل تحسسي (طفح جلدي، ضيق في التنفس، تأق)، خراج / عدوى في موضع الحقن، إصابة عصبية
نادر للغاية: تفاعل تحسسي شديد (صدمة تأقية)
احتمال حدوث هذه المخاطر منخفض جداً، غير أنه في حال حدوثها تُتخذ جميع التدخلات الطبية اللازمة في العيادة؛ وعند الاقتضاء أحال إلى مركز طبي متقدم.

4. الحالة الخاصة بالمريض

يكتب المريض بخط يده ما لديه من حساسية، والأدوية التي يستخدمها، وأمراضه المزمنة وغير ذلك. وإن لم يوجد شيء من ذلك فيكفي أن يكتب «لا يوجد».

التوقيعات

المريض	الاسم الكامل	التوقيع	التاريخ / الساعة

الاسم الكامل	التوقيع	التاريخ / الساعة
الممثل القانوني للمريض / أحد أقاربه (صلة القرابة:		
Dr. Özgür Akşan		
الطبيب المسؤول		