



برنامج

i-SECURE

نموذج موافقة المريض والقائمة المرجعية لأخصائي الرعاية
الصحية
إمنوفيد® (بوماليدومايد)

هذه المادة التعليمية هي جزء من ترخيص التسويق وقد تمت الموافقة عليها من قبل الهيئة العامة للغذاء والدواء في أغسطس 2023

مُقَدِّمة

يجب استكمال هذا النموذج لكل مريض قبل بدء العلاج بالأدوية المعدلة للمناعة. وينبغي ملء نسخة منفصلة لكل منتج، مع تحديد نوع الدواء المعدل للمناعة الذي يحصل عليه المريض. ويجب على كل من أخصائي الرعاية الصحية والمريض ملء أجزاء من هذا النموذج. ويتم الاحتفاظ بنسخة من هذا النموذج في السجل الطبي للمريض؛ على أن يتم تقديم النسخة الأخرى إلى المريض مع كتيب المريض الخاص ببرنامج i-SECURE.

يتلقى هذا المريض دواء:

امنوفيد® (بوماليدومايد)

يتمثل الهدف من هذا النموذج هو التأكد من دراية المرضى بالمخاطر المرتبطة بالمنتج التي قد يتعرض لها الجنين في طور النمو، وإدراكهم لخطر التشوهات الخلقية المرتبطة باستخدام الأدوية المعدلة للمناعة. ويساعد هذا النموذج أيضاً أخصائي الرعاية الصحية في تقديم المشورة لمرضاهم فيما يتعلق بهذا الخطر والخطوات اللازمة لتخفيف الخطر. هذا النموذج ليس عقداً، كما أنه لا يعفي أحداً من مسؤولياته المتعلقة بالاستخدام الآمن للمنتج ومنع تعرض الجنين للأدوية المعدلة للمناعة.

تحذير: ثاليدوميد هو دواء يحدث تشوهات قوية للأجنة إذا تم تناوله أثناء فترة الحمل، وقد يتسبب في عيوب خلقية خطيرة أو وفاة الأجنة في طور النمو. وفي الفترة بين خمسينيات وستينيات القرن العشرين، كان يوصف هذا الدواء للحوامل كمادة مسكنة ومهدئة للشعور بالغثيان للحوامل. ونتيجة لذلك وُلد حوالي ١٢٠٠٠ طفل بعيوب خلقية خطيرة بسبب دواء ثاليدوميد. أما بالنسبة للدوائين ليناليدوميد وبوماليدوميد؛ فهما مرتبطان بدواء ثاليدوميد من ناحية التركيبة. فقد تسبب دواء ليناليدوميد في إحداث تشوهات لدى القروء شبيهة لتلك الموصوفة بدواء ثاليدوميد. وقد تم اكتشاف أن بوماليدوميد تسبب في تشوهات لدى الفئران والأرانب عند إعطائه أثناء تخلق الأعضاء الرئيسية. وفي حال تناول بوماليدوميد أثناء الحمل، فلا يمكن استبعاد فكرة حدوث تشوهات خلقية لدى البشر. ويلزم استيفاء شروط برنامج منع الحمل بالنسبة للمرضى من السيدات ما لم يكن هناك دليل مؤكد على أن المريضة ليست قادرة على الإنجاب. أما بالنسبة للمرضى الذكور فقد تنتقل الأدوية المعدلة للمناعة إلى السائل المنوي؛ لذا يجب عليهم اتباع شروط برنامج منع الحمل لحماية الشريكة من خطر التعرض للمنتج.

وقد تم إبلاغ أخصائيي الرعاية الصحية بأن القوائم المرجعية التالية يُقصد باستخدامها التأكد من فهم المريض لشروط برنامج منع الحمل قبل بدء العلاج. ويتم تقديم قوائم مرجعية منفصلة لتصنيف المخاطر المعرض لها كل مريض: السيدات القادرات على الإنجاب، والذكور، والسيدات غير القادرات على الإنجاب. لمزيد من المعلومات يرجى الرجوع إلى كتيب أخصائي الرعاية الصحية للأدوية المعدلة للمناعة. ويرجى اختيار فئة تصنيف المخاطر المحتملة المطبقة أدناه لكل مريض، والرجوع إلى رسائل الاستشارة المقدمة.

وللاطلاع على معلومات كاملة عن السلامة والوصفة الطبية، يرجى الرجوع إلى النشرة الدوائية.

بيانات المريض

يرجى استكمال هذا النموذج من قبل إخصائي الرعاية الصحية وبأحرف واضحة

الاسم الأول للمريض	
اسم العائلة	
تاريخ الميلاد	
تصنيف المخاطر للمريض	<input type="checkbox"/> مريضة أنثى قادرة على الحمل <input type="checkbox"/> مريض ذكر <input type="checkbox"/> مريضة أنثى غير قادرة على الحمل
تاريخ الاستشارة	

السيدات القادرات على الإنجاب	السيدات غير القادرات على الإنجاب *	المرضى الذكور	القائمة المرجعية لأخصائي الرعاية الصحية أضف "v" في حال تم ذلك
			هل أبلغت مريضك بما يلي:
			خطر التشوه الخلقي المتوقع للجنين؟
			عدم مشاركة الدواء؟
			التخلص من الكبسولات غير المستخدمة في نهاية فترة العلاج حسب اللوائح المحلية؟
			عدم فتح الكبسولات أو سحقها أو التعامل معها بشدة؟
			تخزين الأدوية المعدلة للمناعة في مكان آمن حتى لا يتناولها أي شخص عن طريق الخطأ، والاحتفاظ بها بعيداً عن متناول الأطفال؟
			عدم التبرع بالدم في فترة تلقي الأدوية المعدلة للمناعة، وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة، ولدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج؟
	لا يوجد	لا يوجد	<p>ضرورة استخدام نوع واحد على الأقل من وسائل منع الحمل الفعالة لمدة لا تقل عن 4 أسابيع قبل بدء العلاج وطوال فترة العلاج بالكامل، بما في ذلك أثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة ولدة 4 أسابيع على الأقل بعد الانتهاء من العلاج؛ وفيما يلي أمثلة وسائل منع الحمل الفعالة:</p> <p>غرسية، نظام داخل الرحم لإفراز الليفونورجيستريل (IUS)، حقن ميدروكسي بروجسترون أسيتات، التعقيم البوقي، الاتصال الجنسي مع شريك ذكر قط تم استئصال القناة الدافقة له (يجب تأكيد قطع القناة الدافقة بتحليلين سلبين للسائل المنوي)، وحبوب منع الإباضة تحتوي على هرمون البروجسترون فقط، مثل (ديسوجيسترول).</p>

السيدات القادرات على الإنجاب	السيدات غير القادرات على الإنجاب *	المرضى الذكور	القائمة المرجعية لأخصائي الرعاية الصحية أضيف "v" في حال تم ذلك
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	طرق الامتناع الدوري (التقويم، مراقبة أعراض الإباضة ، طرق ما بعد الإباضة)، الانسحاب (مقاطعة الجماع)، قاتل الحيوانات المنوية فقط، انقطاع الحيض الإرضاعي، ليست مقبولة للامتناع المطلق والمستمر؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	الالتزام بالنصائح المتعلقة بمنع الحمل، حتى وإن كانت المرأة تعاني من انقطاع الطمث أو عدم انتظام الدورة الشهرية؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	أي من وسائل منع الحمل الفعالة (المذكورة أعلاه) التي يمكن أن يستخدمها المريض أو شريكة المريض الذكر؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	العواقب المتوقعة للحمل والحاجة إلى الاستشارة الطبية العاجلة إذا كان هناك خطر بسبب الحمل؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	ضرورة وقف العلاج على الفور في حال الاشتباه بحدوث حمل؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	ضرورة إبلاغ أخصائي الرعاية الطبية على الفور في حال حدوث حمل لدى المريضة/ شريكة المريض الذكر أثناء العلاج أو في غضون ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج ؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	ضرورة إبلاغ أخصائي الرعاية الطبية الذي يصف وسيلة منع الحمل الخاصة بالدواء المعدلة للمناعة؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	ضرورة إبلاغ أخصائي الرعاية الطبية الذي يصف الدواء المعدل للمناعة إذا كانت هناك حاجة إلى تغيير أو إيقاف وسيلة منع الحمل؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	استخدام الواقي الذكري، حتى لدى الذين تعرضوا لقطع القناة المنوية، لأن السائل المنوي قد لا يزال يحتوي على الأدوية المعدلة للمناعة في غياب الحيوانات المنوية طوال فترة العلاج؛ وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة؛ ولدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج في حال كانت الشريكة حاملاً أو قادرة على الإنجاب أو لا تستخدم وسيلة منع حمل فعالة؟
لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	عدم التبرع بالسائل المنوي أو الحيوانات المنوية أثناء العلاج وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة ولدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج نظراً لأن الأدوية المعدلة للمناعة قد تنتقل إلى السائل المنوي؟

القائمة المرجعية لأخصائي الرعاية الصحية
أصف "v" في حال تم ذلك

المرضى الذكور

السيدات غير القادرات
على الإنجاب *

السيدات القادرات
على الإنجاب

هل يمكنك التأكيد على أن مريضك؟

لا يوجد	لا يوجد	قد أُحيلت إلى استشاري وسائل منع حمل، إذا لزم الأمر؟
لا يوجد		كان قادر- قادرة على الالتزام بإجراءات منع الحمل؟
لا يوجد	لا يوجد	وافقت على إجراء اختبار الحمل مرة واحدة على الأقل كل ٤ أسابيع، وبعد ٤ أسابيع على الأقل من انتهاء العلاج ما لم يتم ربط قناة فالوب؟
لا يوجد	لا يوجد	أجرت اختبار حمل سلبي قبل بدء العلاج حتى وإن كانت تمارس الامتناع المطلق والمستمر عن الجماع؟

إشعار خصوصية البيانات

ستتم معالجة بياناتك الشخصية بواسطة Biologix لأغراض إدارة برنامج i-SECURE نيابة عن Bristol-Myers Squibb (BMS)

قد نشارك بياناتك مع كيانات BMS وأطراف ثالثة تقدم خدمات إلى BMS لإدارة البرنامج وأغراض الإدارة. قد يستلزم ذلك نقل بياناتك إلى دول أخرى مثل الولايات المتحدة الأمريكية وسويسرا. ستقوم BMS بتنفيذ التدابير الأمنية التعاقدية والتنظيمية والفنية المناسبة لحماية معلوماتك من الوصول أو الاستخدام أو الكشف غير المصرح به. إذا لزم الأمر، قد نشارك بياناتك مع السلطات الصحية لأسباب تتعلق بالسلامة ولأسباب تنظيمية أخرى.

لمزيد من المعلومات حول كيفية معالجة بياناتك الشخصية، يمكنك الاتصال بنا من خلال شريكنا Biologix على Privacy-KSA@biologixpharma.com

تأكيد طبيب التشخيص

أؤكد على أنني قد أوضحت للمريض المذكور أعلاه طبيعة وغرض ومخاطر العلاج المرتبطة بالأدوية المعدلة للمناعة، وضرورة الالتزام بشروط برنامج منع الحمل من خلال الاستعانة بالقائمة المرجعية لأخصائي الرعاية الصحية الخاصة لتقديم المشورة إلى المرضى الذين يتلقون الأدوية المعدلة للمناعة.

من خلال التوقيع على هذا النموذج، أوافق على معالجة بياناتي الشخصية.

يرجى استكمال هذا النموذج بأحرف واضحة.

طبيب التشخيص	
الاسم الأول لطبيب التشخيص	
اسم العائلة	
اسم المنشأة الصحية	
توقيع طبيب التشخيص	
DD/MM/YYYY	التاريخ

يُستكمل من قبل المريض

بالنسبة للمريضات القادرات على الإنجاب: يرجى القراءة بدقة. في حال الموافقة، يرجى وضع علامة "X" في التقرير. من الضروري استكمال هذه القائمة المرجعية لتلقي العلاج.

أضف "X" في حال الموافقة	أوافق على أني:
	<p>قد تم إبلاغي بشكل كامل من قبل أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي بطبيعة وغرض ومخاطر العلاج المرتبطة بالأدوية المعدلة للمناعة.</p> <p>أدرك العيوب الخلقية الخطيرة التي قد تحدث بسبب الأدوية المعدلة للمناعة. وقد أبلغني أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي وأدرك خطورة تعرض الجنين لعيوب خلقية واحتمالية وفاته في حال كانت المرأة حاملاً أو أصبحت حاملاً أثناء تناول مثل هذه الأدوية.</p>
	<p>أفهم أنه لا يجب علي تناول الأدوية المعدلة للمناعة إذا كنت حاملاً أو أخط للحمل.</p>
	<p>أفهم ضرورة استخدام طريقة فعالة على الأقل من وسائل منع الحمل لمدة لا تقل عن 4 أسابيع قبل بدء العلاج وطوال فترة العلاج بأكملها وحتى بعد التوقف عن تناول الجرعة ولمدة 4 أسابيع بعد انتهاء العلاج، حتى وإن كنت أعاني من انقطاع الطمث (انقطاع الدورة الشهرية) أو من عدم انتظام الدورة الشهرية.</p> <p>لوسائل منع الحمل الفعالة فيما يلي أمثلة على وسائل منع الحمل الفعالة: غرسة، نظام داخل الرحم لإفراز الليفونورجيستريل (IUS)، حقن ميدروكسي بروجستيرون أسيتات، التعقيم البوقي، الاتصال الجنسي مع شريك ذكر قط تم استئصال القناة الدافقة له (يجب تأكيد قطع القناة الدافقة بتحليلين سلبيين للسائل المنوي)، وحبوب منع الإباضة تحتوي على هرمون البروجسترون فقط، مثل (ديسوجيستيرون). لا تنطبق الحاجة إلى استخدام وسائل منع الحمل على المرضى الذين يؤكدون امتناعهم المطلق والمستمر شهرياً عن الجماع.</p>
	<p>لا تنطبق الحاجة إلى استخدام وسائل منع الحمل على المرضى الذين يؤكدون شهرياً امتناعهم المطلق والمستمر عن الجماع.</p>
	<p>أفهم أنه في حال احتجت إلى تغيير أو إيقاف طريقة منع الحمل، سوف أناقش هذا الأمر أولاً مع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أخصائي الرعاية الصحية الذي وصف علاجي بالأدوية المعدلة للمناعة. • أخصائي الرعاية الصحية الذي وصف لي وسيلة منع الحمل.
	<p>أفهم أنه قبل البدء في العلاج بالأدوية المعدلة للمناعة، يجب علي إجراء اختبار الحمل. وينبغي بعد ذلك إجراء اختبار الحمل كل 4 أسابيع على الأقل خلال فترة العلاج وبعد 4 أسابيع من إيقاف العلاج، حتى وإن كنت أؤكد امتناعي المطلق والمستمر شهرياً عن الجماع.</p>
	<p>أفهم أن الامتناع الدوري (التقويم، مراقبة أعراض الإباضة، طرق ما بعد الإباضة)، الانسحاب (مقاطعة الجماع)، قاتل الحيوانات المنوية فقط، انقطاع الحيض الإرضاعي (غياب الدورة الشهرية أثناء فترة الرضاعة)، ليست طرقاً مقبولة للامتناع المطلق والمستمر عن الجماع.</p>
	<p>أفهم أنه يجب علي التوقف فوراً عن تناول الأدوية المعدلة للمناعة وإبلاغ أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي على الفور في حال حدوث الحمل أثناء تناول مثل هذه الأدوية؛ أو في حال فاتتني الدورة الشهرية أو أصبت بنزيف حيض غير معتاد؛ أو أعتقدت بأني ربما أكون حاملاً لأي سبب من الأسباب.</p>

أوافق على أي:

أضف "X" في حال
الموافقة

أفهم أن الأدوية المعدلة للمناعة سيتم وصفها لأجلي فقط. ويجب عدم مشاركتها مع أي شخص آخر.

أفهم ضرورة تخزين الأدوية المعدلة للمناعة في مكان آمن حتى لا يتناولها أي شخص عن طريق الخطأ، والاحتفاظ بها بعيداً عن متناول الأطفال.

أفهم ضرورة عدم فتح الأدوية المعدلة للمناعة أو سحقها أو التعامل معها بشدة.

أفهم أنه لا يمكنني التبرع بالدم في فترة تلقي الأدوية المعدلة للمناعة، وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة، ولدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج.

حصلت على كتيب المريض للأدوية المعدلة للمناعة.

أفهم ضرورة التخلص من أي أدوية غير مستخدمة في نهاية فترة العلاج حسب اللوائح المحلية.

سيحتفظ طبيبك بهذا النموذج في ملفك الطبي ، لأغراض الامتثال لخطة إدارة المخاطر اللازمة للمنتج الطبي الذي تم وصفه لك. سيتم تسليم نسخة من هذا النموذج لك.

تأكيد المريضة

أؤكد على أنني مدركة وملتزمة بشروط برنامج منع الحمل، وأوافق على أن يبدأ أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي في علاجي.

من خلال التوقيع على هذا النموذج ، أوافق على معالجة بياناتي الشخصية.

توقيع المريضة

تاريخ

DD/MM/YYYY

بالنسبة للمرضى الذكور: يرجى القراءة بدقة. في حال الموافقة، يرجى وضع علامة "X" في التقرير. من الضروري استكمال هذه القائمة المرجعية لتلقي العلاج.

أضف "X" في حال الموافقة	أوافق على أي:
	قد تم إبلاغي بشكل كامل من قبل أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي بطبيعة وغرض ومخاطر العلاج المرتبطة بالأدوية المعدلة للمناعة.
	أدرك العيوب الخلقية الخطيرة التي قد تحدث بسبب الأدوية المعدلة للمناعة. وقد أبلغني أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي وأدرك خطورة تعرض الجنين لعيوب خلقية واحتمالية وفاته في حال كانت المرأة حاملاً أو أصبحت حاملاً أثناء تناول مثل هذه الأدوية.
	أفهم أن الأدوية المعدلة للمناعة تنتقل إلى السائل المنوي. وفي حال كانت شريكتي حاملاً أو لديها القدرة على الإنجاب، ولكنها لا تستخدم أي وسيلة حمل فعالة، يجب عليّ حينئذٍ استخدام الواقي الذكري طوال فترة علاجي، وحتى خلال فترة التوقف عن تناول الجرعة، ولمدة ٤ أسابيع على الأقل بعد التوقف عن العلاج، حتى وإن كنت قد أجريت قطعاً للقناة المنوية.
	قد تم إبلاغي بوسائل منع الحمل الفعالة التي قد تكون مناسبة لشريكتي. فيما يلي أمثلة على وسائل منع الحمل الفعالة: غرسة، نظام داخل الرحم لإفراز الليفونورجيستريل (IUS)، حقن ميدروكسي بروجسترون أسيتات، التعقيم البوقي، الاتصال الجنسي مع شريك ذكر قط تم استئصال القناة الدافقة له (يجب تأكيد قطع القناة الدافقة بتحليلين سلبيين للسائل المنوي)، وحبوب منع الإباضة تحتوي على هرمون البروجسترون فقط، مثل (ديسوجيسترون).
	أفهم أنه في حال أصبحت شريكتي حاملاً أثناء تناولي للأدوية المعدلة للمناعة أو خلال ٧ أيام بعد توقي عن تناول مثل هذه الأدوية، يجب على الفور إبلاغ الأخصائي المتابع لحالتي، ويجب على شريكتي أيضاً استشارة أخصائي الرعاية الصحية الخاص بها في الحال.
	أفهم أن الأدوية المعدلة للمناعة سيتم وصفها لأجلي فقط. ويجب عدم مشاركتها مع أي شخص آخر.
	أفهم ضرورة تخزين الأدوية المعدلة للمناعة في مكان آمن حتى لا يتناولها أي شخص عن طريق الخطأ، والاحتفاظ بها بعيداً عن متناول الأطفال.
	أفهم ضرورة عدم فتح الأدوية المعدلة للمناعة أو سحقها أو التعامل معها بشدة.
	أفهم أنه لا يمكنني التبرع بالدم في فترة تلقي الأدوية المعدلة للمناعة، وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة، ولمدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج.
	أفهم أنه لا يمكنني التبرع بالسائل المنوي أو الحيوانات المنوية أثناء تناول الأدوية المعدلة للمناعة وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة ولمدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج؛ نظراً لأن الأدوية المعدلة للمناعة قد تنتقل إلى السائل المنوي.
	حصلت على كتيب المريض للأدوية المعدلة للمناعة.
	أفهم ضرورة التخلص من أي أدوية غير مستخدمة في نهاية فترة العلاج حسب اللوائح المحلية.

تأكيد المريض

أؤكد على أنني مدركٌ وملتزمٌ بشروط برنامج منع الحمل، وأوافق على أن يبدأ أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي في علاجي.
من خلال التوقيع على هذا النموذج ، أوافق على معالجة بياناتي الشخصية.

توقيع المريض

تاريخ

DD/MM/YYYY

بالنسبة للمريضات غير القادرات على الإنجاب: يرجى القراءة بدقة. في حال الموافقة، يرجى وضع علامة "X" في التقرير.
من الضروري استكمال هذه القائمة المرجعية لتلقي العلاج.

أوافق على أي:	أضف "X" في حال الموافقة
قد تم إبلاغي بشكل كامل من قبل أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي بطبيعة وغرض ومخاطر العلاج المرتبطة بالأدوية المعدلة للمناعة.	
أدرك العيوب الخلقية الخطيرة التي قد تحدث بسبب الأدوية المعدلة للمناعة. وقد أبلغني أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي وأدرك خطورة تعرض الجنين لعيوب خلقية واحتمالية وفاته في حال كانت المرأة حاملاً أو أصبحت حاملاً أثناء تناول مثل هذه الأدوية.	
أفهم أن الأدوية المعدلة للمناعة سيتم وصفها لأجلي فقط. ويجب عدم مشاركتها مع أي شخص آخر.	
أفهم ضرورة تخزين الأدوية المعدلة للمناعة في مكان آمن حتى لا يتناولها أي شخص عن طريق الخطأ، والاحتفاظ بها بعيداً عن متناول الأطفال.	
أفهم ضرورة عدم فتح الأدوية المعدلة للمناعة أو سحقها أو التعامل معها بشدة.	
أفهم أنه لا يمكنني التبرع بالدم في فترة تلقي الأدوية المعدلة للمناعة، وأثناء فترات التوقف عن تناول الجرعة، ولمدة ٧ أيام على الأقل بعد التوقف عن العلاج.	
حصلت على كتيب المريض للأدوية المعدلة للمناعة.	
أفهم ضرورة التخلص من أي أدوية غير مستخدمة في نهاية فترة العلاج حسب اللوائح المحلية.	

سيحتفظ طبيبك بهذا النموذج في ملفك الطبي ، لأغراض الامتثال لخطة إدارة المخاطر اللازمة للمنتج الطبي الذي تم وصفه لك. سيتم تسليم نسخة من هذا النموذج لك.

تأكيد المريضة

أؤكد على أنني مدركة وملتزمة بشروط برنامج منع الحمل، وأوافق على أن يبدأ أخصائي الرعاية الصحية المتابع لحالتي في علاجي.
من خلال التوقيع على هذا النموذج ، أوافق على معالجة بياناتي الشخصية.

توقيع المريضة

DD/MM/YYYY

تاريخ