



إقرار بالموافقة على التخدير فوق الجافية

الاسم:

العمر:

الطول:

الوزن:

الحساسية:

الأدوية التي تتناولونها يومياً:

خصائص معينة في عمودك الفقري:

مشاكل في تخثر الدم:

ملاحظة هامة: إذا كانت لديك مشاكل في التخثر فنرجو إحضار نتائج تحليل مخبري حديثة (لا تتجاوز مدتها 3 أسابيع) !

أقر بموجب هذه الوثيقة أنني قد شاهدت فيديو شرح التخدير فوق الجافية في مستشفى القديس يوزيف في فيينا و فهمته (يرجى وضع إشارة على البيانات الصحيحة):

لا

نعم

ليست لدي أسئلة أخرى تتعلق بهذا الموضوع و أنا موافقة على التخدير فوق الجافية لتسكين الألم إذا لزم الأمر:

لا

نعم

ما زالت لدي استفسارات:

لا

نعم

نرجو إرسال أسئلتك لنا في الوقت المناسب إلى anaesthesie@sjk-wien.at حتى نستطيع توضيحها قبل ولادة طفلك.

التوقيع

التاريخ

نرجو منك إحضار هذه الاستمارة مملوءة معك إلى الولادة

!