

نموذج موافقة علاج المهر

- أفهم أن تكلفة ونتيجة علاج المهر تختلف بشكل كبير حسب شدة مرض المهر

بعض المهور تحتاج إلى رعاية بسيطة:

- التحقق من امتصاص اللبأ
- التأكد من رضاعة المهر بشكل طبيعي
- المراقبة للكشف عن علامات العدوى

بعض المهور تحتاج إلى رعاية أكثر كثافة :

- عدم امتصاص اللبأ بشكل كافٍ يتطلب نقل بلازما
- مراقبة أدق للكسل وقلة الرضاعة
- مراقبة أدق لعلامات العدوى

بعض المهور تُقبل بحالة مرضية شديدة:

- الولادة المبكرة، تعفن الدم، الإسهال، التهاب الرئة بالشفط
- العلاج المكثف إلزامي
- قد يُستقبل المهر في المستشفى من 3 إلى 30 يومًا، حسب شدة مرضه. في معظم الحالات، يتم اتخاذ قرار حاسم من قبل مالك المهر والطبيب البيطري المعالج بشأن حالة المهر وتوقعات الشفاء بعد 3 أيام من العلاج. (أو قبل ذلك بناءً على طلب المالك) الاستجابة للعلاج مؤشر جيد على ما إذا كان العلاج الإضافي سيحسن النتيجة.
- أفهم أن الرسوم اليومية الإجمالية ستختلف حسب حالة المهر وأنها تزداد بسرعة في حالات المهور المريضة بشدة. تشمل هذه الرسوم رسوم الفحص، ورسوم الإيواء، ورسوم الرعاية المكثفة، والأدوية، والسوائل الوريدية، ونقل البلازما، والعلاج بالأكسجين، والفحوصات المخبرية. الفحوصات المجانية مثل الأشعة السينية، والتنظير الداخلي، وتنظير المعدة، وغيرها، بالإضافة إلى رسوم الجراحة إذا دعت الحاجة (غير مشمولة في التقدير المالي).
- سيقدم الطبيب البيطري المسؤول تحديثات يومية عن حالة المهر، وسيتم توفير تحديث مالي يومي من قبل فريق الإدارة. يجب فهم استجابة المهر للعلاج، والتوقعات، والتكاليف المرتبطة بشكل كامل يوميًا بيوم
- أفهم أن:
- لا يمكن لأي علاج أو جراحة ضمان الشفاء الكامل .
- قد تشمل المضاعفات تفاقم العدوى التي، رغم كل الرعاية المعقولة، قد تتدهور الحالة وقد تؤدي في النهاية إلى وفاة المهر.
- أقر بأن جميع الرسوم يجب أن تُدفع بالكامل عند الخروج. أوافق على دفع إجمالي مبلغ الفاتورة، حتى إذا لم يكن العلاج ناجحًا.
- لقد قرأت وفهمت البيانات أعلاه وأفوض الطبيب البيطري المعالج وطاقم مستشفى الشارقة للخيول بعلاج مهري.

- أؤكد أنني أتبحث لي الفرصة لمناقشة حالة مهري، وخيارات العلاج، والمخاطر المرتبطة، وأن جميع أسئلتي قد أُجيب عليها بما يرضيني. أقر بأنه لم يتم تقديم أي ضمانات بشأن نتيجة العلاج.

اسم المالك: _____

اسم الحصان: _____

رقم الشريحة الإلكترونية: _____

توقيع المالك: _____

التاريخ: _____

الطبيب البيطري: _____