\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ترويسة الطبيب
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **إلى من يهمه الأمر**

رد: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . تاريخ الميلاد: . . . . . . . . . . . . . . . . . .
(اسم المريض الظاهر في جواز السفر)

تلقى الشخص المذكور أعلاه علاجًا لمرض الغدة النخامية و/أو قُصور الكُظْر.

تُعرف الحالة المرضية باسم . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . (أدخل اسم الحالة)

عند السفر، يلزم على الشخص المذكور أعلاه حمل مجموعة من الأدوية الأساسية، بنفسه، في جميع الأوقات. وتشمل أدوية تؤخذ عن طريق الفم مثلما هو مذكور أدناه، بالإضافة إلى إبر ومحاقن للحقن في حالة الطوارئ (العضل). ولا شيء من هذه المستلزمات للبيع. الأدوية التي يحملها الشخص المذكور أعلاه موصوفة بشكل قانوني لأغراض العلاج الطبي. ويمكن أن تشكل مصادرة الدواء / عدم تناوله تهديدًا على الحياة.

يُعرف قُصورُ الكُظْر أيضًا باسم قصور الغدة النخامية أو داء أديسون. ويعني ذلك عدم قدرة الجسم على إفراز الهرمونات بسبب فشل الغدة النخامية أو الغدة الكظرية في أداء وظيفتها. يُعَدّ هرمون "كورتيزول" ضروريًّا للحفاظ على الحياة، وبينما عادةً ما يتم التحكم فيه بشكل مناسب من خلال تناول الأدوية الفموية يوميًّا، فإنه يلزم اتخاذ احتياطات خاصة إذا شعر المريض بالتعب لتجنب "الأزمة الكظرية". وقد يستلزم ذلك الحقن العضلي في المنطقة العليا الخارجية من الفخذ.

فيما يلي أسماء الأدوية (أدخل الاسم) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . اللازمة لتكون في متناول المريض ويتناولها يوميًّا. تظهر ملصقات الوصفات الطبية على عبوات الأدوية، وتتوفر نسخ من الوصفات الطبية.

|  |  |
| --- | --- |
| اسم الدواء (يكتبه الطبيب) | الجرعة |
| مثال:دواء Solu-Cortef Act-o-Vial أو أمبولات المسحوق والماء؛ الإبر/المحاقن | الحقن مطلوب بسبب الأزمة الكظرية |
|  |  |

مع خالص التحية،

(اسم الطبيب) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . التاريخ . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(تفاصيل الاتصال) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 *شكر وتقدير:
مقدم من الجمعية الأسترالية الآسيوية لممرضي الغدد الصماء
معتمد من مؤسسة الغدد النخامية الأسترالية، والاتحاد العالمي لمؤسسات الغدد النخامية، وجمعية الغدد الكظرية الهولندية (NVACP)، واتحاد الممرضين الدوليين للغدد الصماء

أبريل 2018*