

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Владимирской области «Областной перинатальный центр»
(ГБУЗ ВО «ОПЦ»)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА
на применение терапии препаратом (-ами) «вне инструкции» («off-label»)**

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

получила от лечащего врача _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о препарате(-ах) _____
(наименование препарата (-ов))

а также подробную информацию о нижеследующем:

- ранее назначенная мне терапия не была в достаточной мере эффективной;
- о способах введения препарата, его дозировке и лекарственной форме;
- введение препарата может привести к появлению аллергических реакций и / или следующих побочных эффектов: _____

- о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, однако имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного(-ых) лекарственного(-ых) препарата(-ов) у меня может быть достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного(-ых) препарата(-ов) _____

подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении мне.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

Я имела возможность ознакомиться с решением Консилиума (врачебной комиссии) о целесообразности проведения мне терапии вышеуказанным(и) лекарственным(и) препаратом(-ами).

Мне разъяснено также мое право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным(-и) препаратом(-ами).

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

с применением вышеуказанного(-ых) лекарственного(-ых) препарата(-ов):

(прописью «согласна» / «не согласна»)

(подпись с расшифровкой подписи - Ф.И.О.)

Я, врач _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

свидетельствую, что разъяснил (-а) пациентке суть, риск и альтернативу введения лекарственного (-ых) препарата(-ов), дал(-а) ответы на все вопросы.

Врач: _____
(подпись врача)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.