# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Я, _____ ПОЛ: _____

пациент

Дата рождения: _____ возраст _____ лет

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет), или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт _____ _____

серия номер

выдан _____ _____

когда кем

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ _____

ФИО ребенка или недееспособного гражданина дата рождения

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в ООО КДЦ «ПЕРСОНА-МЕД»:

1. Я даю информированное добровольное согласие на произведение мне (представляемому)

_____

НАИМЕНОВАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ

2. Я проинформирован(а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, о характере моего заболевания (заболевания моего опекаемого), результатах обследования, методах обследования и лечения, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, о возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
3. Мне предложен план обследования и лечения, даны полные разъяснения о характере, целях и продолжительности лечения, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне (подопечному) делать во время их проведения. С предложенными методами химиотерапевтического лечения согласен(согласна).
4. Мне известно, что сам по себе факт проведения химиотерапии не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме химиотерапии потребуется длительное лечение.
5. Я понимаю, что лекарственное лечение вызывает развитие побочных реакций (боль в костях, мышцах, выпадение волос, понос и запор, тошнота, рвота, кожный зуд, сыпь, изменение цвета кожи, появление язвочек в ротовой полости, потеря чувствительности).
6. Я понимаю, что необходимо принимать назначенные врачом препараты, немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых, не прописанных препаратов, не принимать недоброкачественные продукты питания, трудных для усвоения организмом продуктов (острую, грубую, копченую пищу).
7. Я понимаю, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение может осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
8. Я извещен(а) о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.
9. Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение химиотерапии.

Подпись пациента / законного представителя _____ дата _____

Врач _____ дата _____

Фамилия и инициалы подпись