

Информация для пациентов

Информированное согласие на проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку во время беременности, родов и новорождённому

Я _____ года рождения, настоящим
(фамилия, имя, отчество полностью)

подтверждаю добровольное согласие на приём лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребёнка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребёнку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним. Я проинформирована, что:

- назначаемые мне препараты необходимы для предотвращения заражения моего будущего ребёнка ВИЧ во время беременности и родов;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение ВИЧ в моем организме и предотвратить его проникновение в организм моего будущего ребёнка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребёнок будет заражен;
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приёма препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребёнка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет до 3 %. При отсутствии профилактики или нарушении мною режима приёма антиретровирусных препаратов риск инфицирования ребёнка возрастает до 40 %;
- все назначаемые мне и моему будущему ребёнку антиретровирусные препараты разрешены к применению в РФ;
- назначаемые мне и моему будущему ребёнку антиретровирусные препараты могут вызывать нежелательные явления, о которых я информирована;
- если вследствие проведения профилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего её проведения;
- если вследствие проведения профилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребёнка, профилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

— я информирована о том, что мой отказ от профилактики является прямой угрозой здоровью и жизни моего будущего ребёнка;

— после родов я не должна прикладывать моего ребёнка к груди и кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения ВИЧ-инфекцией. Я обязуюсь:

— проходить медицинское обследование для контроля над действием назначенных мне антиретровирусных препаратов по установленному графику, сдавать кровь для определения вирусной нагрузки ВИЧ и уровня иммунного статуса;

— принимать назначенные мне антиретровирусные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

— сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме антиретровирусных препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

— сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;

— не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне профилактику, какие-либо другие лекарственные препараты. Если же приём этих лекарств неизбежен, обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки _____

Дата_

Врач_Дата_

(Ф.И.О., разборчиво)

_____ (подпись)