

Форма оформления назначения пациенту лекарственного препарата по жизненным показаниям при наличии расхождения с инструкцией по применению.

КОНСИЛИУМ

по поводу назначения пациенту лекарственного препарата по жизненным показаниям при наличии расхождения с инструкцией по применению

г. _____ « _____ » _____ 20__

Учреждение:

Ф.И.О. Пациента: _____

Дата рождения: « _____ » _____ г.

История болезни: № _____

ДИАГНОЗ: _____

Проводимые методы лечения:

Обоснование назначения препарата с оценкой ранее проводимого лечения:

Учитывая изложенное, Консилиум принимает решение о введении в терапию по жизненным показаниям следующего препарата:

Главный врач (_____)

Заведующий отделением (_____)

Лечащий врач (_____)

См. обратную сторону

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 декабря 2013 года № 886н «О внесении изменений в Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 502н, и в Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1175н» рекомендация Консилиума обсуждена на заседании врачебной комиссии.

СОГЛАСИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПОЛУЧЕНО.

Протокол заседания врачебной комиссии от « ____ » _____ 20__ года № ____ .

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА*

Я, _____, являющийся

(Ф.И.О. законного представителя пациента)

законным представителем Пациента: _____,

(Ф.И.О. пациента)

получил от лечащего врача _____

(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о препарате _____,
а также подробную информацию о противопоказаниях к применению и возможных побочных эффектах, выражающихся в следующем: _____

Я в доступной для понимания форме проинформирован о том, что данный препарат, несмотря на отсутствие в инструкции к препарату показаний к применению, рекомендован отечественными и зарубежными специалистами для проведения лечения заболевания _____

Я согласен с тем, что в случае моего отсутствия решение о применении препарата Пациенту по жизненным показаниям может принимать Консилиум или дежурный врач в соответствии с их профессиональными суждениями.

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя пациента)

с применением в схеме терапии препарата

(наименование препарата)

(написать прописью «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН») _____

Подпись законного представителя Пациента _____

паспорт _____

кем выдан _____

дата выдачи _____

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

**Законные представители: мать, отец, усыновитель, опекун и попечитель*