

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА  
на применение терапии препаратом "вне инструкции"  
("off-label")

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

получила от лечащего врача \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о препарате \_\_\_\_\_,  
(наименование препарата)

а также подробную информацию о нижеследующем:

- о том, что показания к применению или способы введения не соответствуют или не указаны в инструкции к применению, но имеются данные об его эффективности в научной печати.

- 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 реакции и следующих побочных эффектов: \_\_\_\_\_;

- имеются достаточные научные данные (в том числе в зарубежных научных источниках) полагать, что при применении указанного лекарственного препарата у меня может быть достигнут лечебный (паллиативный) эффект.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата \_\_\_\_\_, я 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 лекарственным препаратом.

Мне разъяснено также мое право отказаться от проведения мне терапии вышеуказанным лекарственным препаратом.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)

с применением вышеуказанным лекарственным препаратом \_\_\_\_\_  
прописью "согласна"/  
"не согласна"

\_\_\_\_\_   
подпись с расшифровкой

Я, врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лечащего врача)

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

Врач: \_\_\_\_\_  
(подпись врача,)

Дата: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.