

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ
РЕБЁНКУ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

Я _____ (Фамилия, _____ Имя, _____ Отчество _____ полностью),
_____ года рождения, настоящим
подтверждаю своё добровольное согласие на приём лекарственных препаратов, действие которых
направлено на предотвращение заражения моего будущего ребёнка вирусом иммунодефицита
человека или/и лечение ВИЧ-инфекции.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему приём данных лекарств необходим, разъяснено
действие назначаемых мне и моему будущему ребёнку препаратов.

Я проинформирована, что:

- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моём организме и предотвратить проникновение ВИЧ в организм моего будущего ребёнка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приёма препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребёнок будет заражён;
- тем не менее даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приёма препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребёнка нет. Риск, что он родится заражённым, составляет 1–2%. Однако, если я не буду принимать назначенные мне лекарства или буду принимать их с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;
- все назначаемые мне и моему будущему ребёнку лекарственные препараты разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребёнку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;
- если вследствие приёма назначенных мне лекарств возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего её проведения;
- если вследствие приёма назначенных мне лекарств возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребёнка, химиопрофилактика/лечение могут быть прекращены по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- я могу прекратить принимать назначенные мне лекарства в любой момент по моему желанию, однако мне разъяснено, что это повысит вероятность заражения ВИЧ моего будущего ребёнка и может стать причиной прогрессирования ВИЧ-инфекции у меня;
- что прикладывание моего ребёнка к груди и/или кормление его моим грудным молоком повысит риск его заражения;
- что искусственное вскармливание — наиболее безопасный метод вскармливания моего ребёнка.

Я обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы крови;

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

— сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приёме назначенных мне препаратов или прекращении их приёма по каким-либо причинам;

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

— не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику/лечение, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же приём этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки _____

Дата: _____

Подпись врача _____

Дата: _____