Приложение 6

|  |  |
| --- | --- |
|  | к методическим рекомендациям  «Профилактика профессионального  заражения ВИЧ-инфекцией  медицинских работников  Ставропольского края» |

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение постконтактной химиопрофилактики

заражения ВИЧ-инфекцией

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на проведение мне постконтактной химиопрофилактики с целью предупреждения профессионального заражения ВИЧ-инфекцией.

Я подтверждаю, что мне разъяснено действие назначаемых мне препаратов, почему мне необходимо проведение этого лечения.

Я проинформирован (а), что:

назначенное мне лечение направлено на подавление размножения вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в моем организме и снижение риска профессионального заражения;

все назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России;

назначенные мне препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых приведена в инструкции по их применению, с которым я ознакомился (ась);

назначенное мне лечение в любой момент может быть прекращено по моему желанию.

Я обязуюсь:

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

принимать лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях назначенного мне лечения или его прекращения по каким-либо причинам;

сообщать лечащему врачу (или лицу, его замещающему) обо 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 обсудив с лечащим врачом (или лицом, его замещающим), какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать лечащему врачу о том, что эти препараты принимались.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О., разборчиво) (подпись)

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель руководителя  Управления Федеральной службы по  надзору в сфере защиты прав потре-бителей и благополучия человека  по Ставропольскому краю | Заместитель министра  здравоохранения  Ставропольского края |
| И.В. Ковальчук | Е.В. Кубышкина |