ВСЕОБЩАЯ ФАКУЛЬТЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА В ПРАГЕ
У Немоцнице 499/2, 128 08 Прага 2 | ИН: 00064165, тел.: 224 961 111

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Законный представитель пациента (имя, фамилия):	
Наименование медицинской процедуры / лечебного мероприятия или нескольких процедур/мероприятий): ☐ **НАЗНАЧЕНИЕ НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА:** ☐ **НАЗНАЧЕНИЕ НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ДРУГИХ ПОКАЗАНИЯХ ИЛИ В ДРУГОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ:**	
Цель, характер, подготовка, предполагаемая польза, последствия и возможные риски медицинской процедуры / лечебного мероприятия: Препарат не зарегистрирован в Государственном институте по контролю за лекарственными средствами либо зарегистрирован для применения по другим показаниям или в другой возрастной группе, поэтому необходимо подписать согласие на его применение. Исходя из состояния Вашего здоровья, Вам показано назначение данного лекарственного средства. Возможны некоторые побочные эффекты, перечисленные в листке-вкладыше к этому препарату.	
Альтернативы лечебному мероприятию, их целесообразность, польза и риски: В Чешской Республике нет другого зарегистрированного лекарственного средства, которое было бы столь же полезным для пациента.	
Медицинская процедура / лечебная манипуляция будет происходить следующим образом: Лекарственное средство вводится: ☐ подкожно ☐ внутрисуставно ☐ внутривенно ☐	
Ограничения и рекомендации в отношении образа жизни с учетом состояния здоровья и возможного изменения трудоспособности после проведения указанной медицинской процедуры: Нет каких-либо ограничений в режиме лечения, связанных с применением данного лекарственного средства.	

Эта форма также доступна непосредственно в больничной ИС.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Дальнейшее необходимое лечение:

Нет

Заявляю, что врач, предоставивший информацию, лично информировал меня о содержании данного письменного согласия, и я имел/-а возможность задать ему вопросы, на которые получил/-а исчерпывающие ответы. Заявляю, что приведенное выше разъяснение и информацию я полностью понял/-а, и даю прямое согласие на проведение данной медицинской процедуры.

Если пациент является **несовершеннолетним или ограниченно дееспособным** и обладает соответствующей интеллектуальной и волевой зрелостью:

Заявляю, что я получил/-а разъяснения в указанном выше объеме.

Если пациенту не были предоставлены эти сведения, указывается причина их непредоставления:

г. Прага, дата

....

подпись пациента / законного представителя *имя, фамилия и подпись врача*

.....

подпись несовершеннолетнего пациента /

пациента с ограниченной дееспособностью

Если пациент / законный представитель по состоянию здоровья не может подписать документ:

Причина, по которой пациент / законный представитель не может подписать документ:

Способ, которым пациент / законный представитель изъявил свою волю:

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
..... *имя, фамилия и подпись свидетеля*	

Эта форма также доступна непосредственно в больничной ИС.