ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	
Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів): ☐ **ПРИЗНАЧЕННЯ НЕЗАРЕЄСТРОВАНОГО ПРЕПАРАТУ:** ☐ **ПРИЗНАЧЕННЯ НЕЗАРЕЄСТРОВАНОГО ПРЕПАРАТУ, ЩО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ЗА ІНШИМИ ПОКАЗАННЯМИ АБО В ІНШІЙ ВІКОВІЙ ГРУПІ:**	
Мета, характер, підготовка, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури / лікувального заходу: Препарат не зареєстрований у Державному інституті з контролю за лікарськими засобами або зареєстрований для застосування за іншими показаннями чи в іншій віковій групі, тому потрібно підписати згоду на його застосування. Виходячи зі стану Вашого здоров'я, Вам показано призначення цього лікарського засобу. Можливі деякі побічні ефекти, перераховані в інформації щодо застосування цього препарату.	
Альтернативи лікувальному заходу, їхня доцільність, переваги та ризики: У Чеській Республіці немає іншого зареєстрованого лікарського засобу, який був би настільки ж корисним для пацієнта.	
Медична процедура / лікувальна маніпуляція відбуватиметься так: Лікарський засіб вводять: ☐ підшкірно ☐ внутрішньосуглобово ☐ внутрішньовенно ☐	
Обмеження та рекомендації щодо способу життя з огляду на стан здоров'я та можливі зміни у працездатності після проведення медичної процедури: Немає жодних обмежень у режимі лікування, пов'язаних із застосуванням цього лікарського засобу.	
Подальше потрібне лікування: Немає	

ЗАГАЛЬНА ФАКУЛЬТЕТСЬКА ЛІКАРНЯ В ПРАЗІ
У Немоцніце 499/2, 128 08 Прага 2| ІН: 00064165, тел.: 224 961 111

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури.

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав/-ла роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання:

м. Прага, дата

…… ……

підпис пацієнта / законного представника *ім'я, прізвище та підпис лікаря*

……

підпис неповнолітнього пацієнта /
пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ:

Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю:

……

ім'я, прізвище та підпис свідка

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА