

## DECLARAȚIE DE CONȘIMȚĂMÂNT PENTRU TRATAMENT

Subsemnatul<sup>1</sup>/a.....,  
CNP/CID: ....., în  
calitate de parinte/tutore<sup>2</sup> legal a pacientului .....  
CNP//CID....., domiciliat în str. ...., nr.  
..., bl. ..., sc. ..., et. ....., ap. ...., sector....., localitatea.....,  
județul....., telefon.....,

sunt de acord să urmez tratamentul recomandat de medicul curant cu

- EXVIERA + VIEKIRAX
- VIEKIRAX+RIBAVIRINĂ
- HARVONI
- MAVIRET
- EPCLUSA

cu o durată de  8 săptămâni  12 săptămâni  16 săptămâni  24 săptămâni.

Am fost informat/ă asupra acestei terapii antivirale și a consecințelor administrării ei. Mi s-a oferit ocazia de a pune întrebări și mi s-a răspuns la nelămuririle pe care le-am avut în legătură cu investigațiile medicale și tratamentul antiviral. Astfel fiind informat le accept și **îmi asum răspunderea pentru urmarea strictă a tratamentului și efectuarea tuturor investigațiilor necesare** monitorizării tratamentului și evaluării rezultatului medical.

**Sunt de acord cu instituirea acestui tratament precum și cu efectuarea tuturor examenelor clinice și de laborator** necesare unei conduite terapeutice eficiente.

**Sunt de acord să urmez instrucțiunile medicului meu curant (prescriptor)**, să răspund la întrebări și să semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Mă oblig să anunț medicul meu curant (prescriptor) în cazul în care trebuie să folosesc alte medicamente decât cele prescrise de acesta.

Mă oblig să informez medicul meu curant (prescriptor) despre tratamentele pe care le-am urmat anterior și să dau toate detaliile cu privire la acestea.

Mă oblig să aduc la cunoștința medicilor care mă tratează pentru alte afecțiuni faptul că urmez acest tratament antiviral astfel încât aceștia să nu-mi prescrie medicamente care mi-ar putea scădea eficiența terapiei antivirale.

Am fost informat că pentru reușita tratamentului, prima condiție este ca medicamentele să fie luate zilnic, **obligatoriu** la oră fixă.

Înțeleg că, dacă într-o **singură zi nu iau medicamentele se compromite definitiv reușita tratamentului, existând riscul să apară tulpini rezistente și să nu obțin niciun rezultat, iar contravaloarea tratamentului (de câteva zeci de mii de euro) va fi irosită.**

În cazul în care constat că apar stări de oboseală, greață, dureri de cap etc (aceste stări pot fi reacții adverse la tratamentul antiviral) le voi raporta imediat medicului meu curant (prescriptor).

<sup>1</sup> Se completează de pacientul adult sau de către parintele/tutorele legal pentru pacienții adolescenți cu vârsta cuprinsă între 12 și < 18 ani

<sup>2</sup> Se completează numai pentru categoria de pacienți adolescenți cu vârsta cuprinsă între 12 și < 18 ani

**Nu voi întrerupe tratamentul și nu voi lua medicamente care să combată aceste reacții din proprie inițiativă.** Medicul meu curant (prescriptor) care mi-a inițiat terapia antivirală m-a informat că există medicamente care combat eficient aceste reacții și că le va prescrie dacă am nevoie.

**Nu voi lua alte medicamente/ceaiuri/remedii naturiste concomitent cu medicamentele împotriva virusului hepatitic C fără aprobarea medicului meu curant (prescriptor)** deoarece există riscul unor efecte adverse grave sau eficiența medicamentelor antivirale poate fi diminuată.

**Declar pe propria răspundere că mă voi prezenta la medicul meu curant pentru urmărirea tratamentului (monitorizare) sau ori de câte ori acesta consideră că este necesar precum și la 12 săptămâni de la terminarea acestuia pentru a efectua viremia.**

La controlul lunar și la sfârșitul tratamentului, mă oblig să prezint medicului meu curant (prescriptor) flacoanele goale ale medicamentului, **prin aceasta îmi asum și totodată confirm faptul că am luat în proporție de 100% medicamentul prescris.**

Medicul meu curant este dr. ....

Unitatea sanitară unde se desfășoară monitorizarea tratamentului este .....

Având în vedere cele de mai sus citiți cu atenție și încercuiți răspunsul potrivit:

1. Ați discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care îl veți urma?

DA / NU

2. Ați înțeles care sunt beneficiile și riscurile acestui tratament?

DA / NU

3. Sunteți de acord să urmați acest tratament în modul cel mai riguros?

DA / NU

4. Vă angajați să mergeți la toate consultațiile și să faceți toate investigațiile paraclinice necesare monitorizării tratamentului?

DA / NU

5. Vă angajați să faceți viremia la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului?

DA / NU

6. Vă angajați să nu consumați medicamente/ceaiuri/remedii naturiste concomitent cu tratamentul împotriva virusului hepatitic C fără aprobarea medicului dumneavoastră curant (prescriptor) ?

DA / NU

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu prevederile *Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului Uniunii Europene privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)* și cu prevederile legale în vigoare, în scopul acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

DATA

SEMNĂTURĂ PACIENT/PARINTE(TUTORE LEGAL)

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ  
MEDIC CURANT