

CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnata/ul.....

.....,

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr., bl., sc., et.
....., ap.

sector.....,localitatea.....,județul.....,telefon.....

....., având diagnosticul sunt de acord să urmez
tratamentul cu

INTERFERONUM ALFA 2 A PEGINTERFERONUM ALFA 2 A

.....

INTERFERONUM ALFA 2 B PEGINTERFERONUM ALFA 2 B

.....

RIBAVIRINUM LAMIVUDINUM

.....

ENTECAVIRUM ADEFOVIRUM DIPIVOXILUM

.....

și cu o durată de 12 săptămâni 16 săptămâni 20 săptămâni

24 săptămâni.

Am fost informat/ă asupra conținutului, importanței și consecințelor administrării
acestei terapii.

Am fost informat/ă că există o probabilitate mare (45 – 46%) ca tratamentul să nu
fie eficient.

Mă declar de acord cu instituirea acestui tratament precum și a tuturor examenelor
clinice și de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Mă declar de acord să urmez instrucțiunile medicului, să răspund la întrebări și să
semnez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Mă oblig să anunț medicul curant în cazul în care trebuie să iau alte medicamente
decât cele prescrise de acesta.

Mă oblig să informez medicul curant și casa de asigurări de sănătate
..... al/a cărui/cărei asigurat/ă sunt despre tratamentele
antivirale pe care le-am urmat anterior și să dau toate detaliile cu privire la acesta.

Mă declar de acord cu întreruperea tratamentului în cazul apariției reacțiilor
adverse sau a lipsei de răspuns terapeutic.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul

.....

.....

Unitatea sanitară unde se desfășoară monitorizarea tratamentului

.....
.....
Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos încercuind 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?

DA / NU

4. Ați înțeles că reacțiile adverse ale acestui tratament (cum ar fi scăderea numărului leucocitelor, numărului trombocitelor, stări depresive etc), care pot avea consecințe foarte grave asupra sănătății dumneavoastră, putând conduce chiar la deces, pot impune oprirea tratamentului?

DA / NU

Data

Semnătura pacientului