

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Название медицинского учреждения _____

Адрес _____

Телефон _____

Информированное добровольное согласие для пациентов, поступающих на проведение курса терапии плацентарным препаратом МЭЛСМОН

на основании федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____

Телефон _____

Я получил (а) разъяснения о планируемом проведении мне курса терапии препаратом «МЭЛСМОН», в том числе по следующим вопросам:

- **Показания к применению «МЭЛСМОН»:** коррекция астенических состояний, характеризующихся снижением внимания, работоспособности, хронической усталостью; восстановление возрастных обменных процессов; повышение общего тонуса организма и кожи в том числе (улучшение цвета и упругости кожи, лечение возрастной гиперпигментации) в период пери- и постменопаузы.
- **Критерии исключения применения препарата «МЭЛСМОН»:** гиперчувствительность к действующему веществу и (или) другим компонентам препарата, тяжелые сопутствующие заболевания, беременность и период лактации, артериальная гипертензия.

Я сообщаю врачу:

об известных мне аллергических реакциях на _____

о своих вредных привычках _____

о применяемых медицинских препаратах _____

о наличии у меня хронических заболеваний, в том числе нарушений функций эндокринных органов _____

Мне сообщено, что **осложнений в процессе клинических испытаний препарата и его практического применения не выявлено.**

Мне сообщено, что побочными действиями препарата могут быть: аллергические реакции; болезненность, покраснение, ощущение тепла в месте введения; боли в области молочной железы.

Я получил (а) информацию о методике проведения терапии, составе препарата, механизме действия, способах введения, а также об альтернативных методах восстановления обменных процессов и повышения общего тонуса организма и их примерной стоимости.

Мне сообщено, что в период пери- и постменопаузы показан медицинский осмотр в индивидуальном порядке, но не реже 1 раза в 6 месяцев.

С учетом всех имеющихся данных я изъявляю согласие и настаиваю на проведении мне курса терапии препаратом «МЭЛСМОН».

Мне предложен план обследований, даны полные разъяснения об их характере и целях: визуальный осмотр врачом (обследование, жалобы); общий анализ крови; консультация терапевта, эндокринолога, гинеколога, анализы на гормоны щитовидной железы и половые гормоны; УЗИ малого таза и молочных желез (другие органы по рекомендации специалистов); антропометрия (вес, ИМТ, п/к жировая складка).

Я обязуюсь незамедлительно сообщить о новых беспокоящих меня симптомах, появившихся на фоне терапии плацентарным препаратом «МЭЛСМОН», лечащему врачу.

Я обязуюсь перед проведением курса терапии, а также через 6 недель после его начала, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, предоставить по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я поставлен (а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии: ограничение приема спиртных напитков, желательна физическая нагрузка, а также своевременно сообщать врачу об ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых других препаратов.

Я извещен (а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии препаратом «МЭЛСМОН», и получил (а) на них ясные и понятные мне удовлетворительные ответы.

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение курса терапии плацентарным препаратом «МЭЛСМОН».

Я даю согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью медицинского учреждения. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий мое имя не будет упомянуто.

Я подтверждаю, что данный документ был мною прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

Способ введения препарата _____

Рекомендуемый курс _____

Поддерживающий курс _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____