

ФОРМА ІНФОРМОВАНОЇ ДОБРОВІЛЬНОЇ ЗГОДИ НА ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Я, _____
(П.І.Б. повністю), рік народження _____ (дата, місяць, рік),
контактний телефон _____ даю добровільну згоду на
профілактичне лікування туберкульозу (лікування моєї дитини (підопічного))
_____ (П.І.Б. дитини (підопічного)).

Про суть діагностичних і лікувальних заходів, можливі терміни
дослідження та лікування я детально проінформований (проінформована)
лікарем _____ (П.І.Б. лікаря).

Я мав (мала) можливість задати лікарю усі запитання, які мене цікавили.
Мене також ознайомили з інформацією для проведення профілактичного
лікування туберкульозу та про особливості режимів профілактичного лікування
туберкульозу. Разом з лікарем обрано наступний режим профілактичного
лікування туберкульозу:

(вказати назву протитуберкульозних препаратів повністю, дозу в грамах,
кратність прийому та тривалість лікування).

Я повідомлений (повідомлена) про відповідальність за дотримання
обраного режиму лікування для профілактики туберкульозу.

Після роз'яснень я добровільно і цілковито згоден співпрацювати з
лікарем, який призначив профілактичне лікування, і негайно буду інформувати
про відхилення мого самопочуття (самопочуття дитини).

Я знаю, що відомості про лікування є суворо конфіденційними і не можуть
бути піддані розголосу.

Я погоджуюся з тим, що результати обстеження і лікування можуть
обговорюватися особами (лікарями, науковцями, адміністраторам), які
відповідальні за лікування та збір інформації на місцевому та національному
рівнях.

Згоду на отримання профілактичного лікування даю добровільно, без будь-
якого тиску з боку медичного персоналу, дослідників чи адміністрації. Цю
добровільну згоду скріплюю власноручним підписом.

Прочитав (прочитала) і погоджуюся із цим текстом.

«_____» _____ 20____ р.

Підпис пацієнта (одного із батьків, опікуна) _____

Підпис лікаря _____