

Інформована згода пацієнта на імунотерапію

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	

<u>Назва процедури</u>
Імунотерапія (Cílená léčba)

<u>Мета процедури</u>
Руйнування пухлинних клітин

<u>Характер процедури</u>
Застосування імунотропних препаратів, дія яких спрямована на пухлинні клітини

<u>Очікуваний результат від процедури</u>
Руйнування пухлинних клітин, з чим і пов'язано зменшення розміру пухлини, зупинка росту пухлини.

<u>Альтернатива процедури</u>
Не існує

<u>Можливі ризики обраної процедури</u>
Порушення згортання крові, шкірні зміни, алергічна реакція, подальші рідкісні побічні ефекти

<u>Наслідки процедури</u>
Рідкісні побічні ефекти.

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	TAK	NI
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	TAK	NI
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	TAK	NI
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	TAK	NI

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:		
- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	TAK	NI

- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із присутністю студентів та стажерів при наданні медичної допомоги.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із тим, щоб студенти та стажери ознайомлювались з медичною документацією, яка стосується мене, лише в необхідному обсязі та на основі уповноважень, встановлених медичним працівником.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із тим, що фотографія моєї особи буде частиною медичної документації та буде використана для поліпшення якості та безпеки надання медичних послуг.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година