

ZGODA NA LECZENIE NIESTANDARDOWE

Pacjent(ka) _____ PESEL _____

Wyrażam zgodę na rozpoczęcie niestandardowej terapii w oparciu o produkt leczniczy o nazwie _____.

Przed wyrażeniem zgody zostałam(em) wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o wskazaniach do wdrożenia terapii, przesłankach uzasadniających jej zastosowanie, alternatywnych możliwościach terapeutycznych i poziomie ich skuteczności, a także o najczęściej występujących następstwach i powikłaniach, które mogą pojawić się w związku z użyciem leku.

Poinformowano mnie również o tym, że w związku z brakiem rejestracji w danym wskazaniu/zmianą schematu dawkowania/zmianą drogi podania, mogą wystąpić inne następstwa i powikłania, których nie można było przewidzieć w momencie rozpoczęcia leczenia. Jednocześnie poinformowano mnie, że zastosowanie leku stanowi optymalny sposób postępowania i nie jest działaniem eksperymentalnym.

Przed wyrażeniem zgody miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej terapii. Tym samym zapoznałam(am) się z poniższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wdrożenia terapii farmakologicznej.

Warszawa, _____, _____
Data i godzina

_____ podpis Lekarza

_____ podpis Pacjenta