

CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnatul/a

CNP:

Domiciliat în:

str., nr., bl., sc., et., ap.,

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

telefon....., având diagnosticul sunt de acord

să urmez tratamentul cu

SIBUTRAMINUM 10 mg/zi

ORLISTATUM 120 mg de 3 ori/zi

RIMONABANTUM 20 mg/zi

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

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.

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 luat la cunoștință despre reacțiile adverse ale acestui tratament?

DA / NU

Data

Semnătura pacientului