

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

- INFLIXIMABUM (REMICADE)
 ADALIMUMABUM (HUMIRA)

Am fost informat/a asupra terapiei biologice si a consecințelor administrării ei.

Am fost informat/a ca există posibilitatea ca tratamentul să nu fie eficient.

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 semnalez în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Ma oblig să anunt medicul curant în cazul în care trebuie să iau alte medicamente decât cele prescrise de acesta.

Ma oblig să informez medicul curant și casa de asigurari de sănătateal/a carui/carei asigurat/a sunt despre tratamentele pe care le-am urmat anterior și să dau toate detaliile cu privire la acesta.

Ma declar de acord cu intreruperea tratamentului în cazul apariției reacțiilor adverse sau a lipsei de răspuns terapeutic.

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 înțeles că acest tratament scade imunitatea și crește riscul de apariție a unor infectii sau tumorii, cu consecințe foarte grave asupra sănătății d-voastra (putând conduce chiar la deces) care pot determina oprirea tratamentului?

DA / NU

Data

Semnătura pacientului