

## CONSUMĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnata/ul.....,

CNP:

Domiciliat/ă în str....., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sector....., localitatea....., județul....., telefon....., având diagnosticul ..... sunt de acord să urmez tratamentul cu

- INTERFERONUM ALFA 2 A .....  PEGINTERFERONUM ALFA 2 A .....  
 INTERFERONUM ALFA 2 B .....  PEGINTERFERONUM ALFA 2 B .....  
 RIBAVIRINUM .....  LAMIVUDINUM .....  
 ENTECAVIRUM .....  ADEFOVIRUM DIPIVOXILUM .....
- și cu o durată de  12 săptămâni                    16 săptămâni                    20 săptămâni                    24 săptămâni.

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

Am fost informat/ă că există o probabilitate mare (45 – 46%) 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.

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

Mă oblig să informez medicul curant și casa de asigurări de sănătate ..... al/a cărui/cărei asigurat/ă sunt despre tratamentele antivirale pe care le-am urmat anterior și să dau toate detaliile cu privire la acesta.

Mă declar de acord cu întreruperea 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 risurile acestui tratament?

DA / NU

3. Sunteți de acord să urmați acest tratament?

DA / NU

4. Ați înțeles că reacțiile adverse ale acestui tratament (cum ar fi scăderea numărului leucocitelor, numărului trombocitelor, stări depresive etc), care pot avea consecințe foarte grave asupra sănătății dumneavoastră, putând conduce chiar la deces, pot impune oprirea tratamentului?

DA / NU

Data .....

Semnătura pacientului .....