CONSIMTAMANT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnata……..
CNP:……

Domiciliata in
str…….,nr…….,bl…….,sc……,et…..,ap…….,sector……,localitatea……
…….,judetul……,telefon…….,avand
diagnosticul…….,sunt de accord sa urmez tratamentul cu:

□ FOLLITROPINUM ALFA 150UI/zi (GONAL)
□ FOLLITROPINUM BETA 50 UI/zi (PUREGON)
□ LUTROPINA ALFA 75UI/zi (LUVERIS)
Si cu o durata de maxim 3 luni.

Am fost informata asupra continutului,importantei si consecintelor administrarii acestei terapii.
Ma declar de acord cu instituirea acestui tratament precum si a tuturor examenelor clinice si de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.
Ma declar de acord sa urmez instructiunile medicului,sa raspund la intrebari si sa semnalez in timp util orice manifestare survenita pe parcursul terapiei .
Ma oblig sa anunt medicul curant in cazul in care trebuie sa iau alte medicamente dacat cele prescrise de acesta.
Ma oblig sa anunt medicul curant si casa de asigurari de sanatate…….a carei asigurata sunt de obtinerea unei sarcini in urma tratamentului,sarcina finalizata cu un avort/nastere si sa dau toate detaliile cu privire la acest eveniment.

Medicul specialist care recomandat tratamentul:
……
Unitatea sanitara unde se desfasoara monitorizarea tratamentului:
…….

Va rugam sa raspundeti la intrebarile de mai jos incercuind raspunsul potrivit:
1.Ati discutat cu medicul curant despre tratamentul pe care il veti urma?
DA / NU
2.Ati inteles care sunt beneficiile si riscurile acestui tratament?
DA / NU
3.Sunteti de acord sa urmati acest tratament?
DA / NU
4.Ati inteles ca una din reactiile adverse ale acestui tratament este sindromul de hiperstimulare ovariana care poate avea consecinte foarte grave asupra sanatatii dumneavoastra,putand conduce chiar la deces?
DA / NU

Data **Semnatura pacientului**