

CONSIMȚĂMÂNT SCRIS AL PACIENTULUI

Subsemnata.....

CNP:

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

FOLLITROPINUM ALFA 150 UI/zi

FOLLITROPINUM BETA 50 UI/zi

LUTROPINA ALFA 75 UI/zi

și cu o durată de maxim 3 luni.

Am fost informată 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 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 anunț medicul curant și casa de asigurări de sănătate a cărei asigurată sunt de obținerea unei sarcini în urma tratamentului, sarcină finalizată cu un avort/naștere și să dau toate detaliile cu privire la acest eveniment.

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 una din reacțiile adverse ale acestui tratament este sindromul de hiperstimulare ovariană care poate avea consecințe foarte grave asupra sănătății dumneavoastră, putând conduce chiar la deces?

DA / NU

Data

Semnătura pacientului.....