

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на приём лекарственного препарата по врачебному назначению не по инструкции (off-label)**

Я,

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения

паспорт: серия №

кем выдан:

дата выдачи:

зарегистрированный по адресу:

обративщийся на прием в ООО «КЛИНИКА НАДЕЖДА»**согласен на приём лекарственного препарата:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (МНН и торговое название препарата)

**не по инструкции (off-label)** с "   \_\_\_ "  \_\_\_\_\_\_    20 \_\_\_\_\_г. (дата начала приёма препарата)

1. Я в полной мере в доступной и понятной форме проинформирован(-а):

- о целях и причинах использования препарата не по показаниям для применения лекарственного препарата, содержащимся в Инструкции ‎по его медицинскому применению;

- о возможном риске, последствиях, результатах назначения данного лекарственного препарата.

2. До меня доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, возникающих при применении данного лекарственного препарата в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена, а также по причине индивидуальных реакций пациента, не известных медицинской организации.

3. Я задал(-а) все интересующие меня вопросы по применению данного лекарственного препарата. Мне даны исчерпывающие и понятные мне ответы на все заданные мной вопросы.

4. Я заявляю, что изложил(-а) все известные данные о состоянии своего здоровья.

5. Я предупрежден(-а) и осознаю, что отказ от применения данного лекарственного препарата, бесконтрольное самолечение могут негативно отразиться на результатах лечения и состоянии моего здоровья ребёнка.

6. Я понимаю, что гарантировать абсолютную эффективность лечения заболевания при применении лекарственного препарата не по инструкции (off-label) невозможно.

7. Мое решение является добровольным и представляет собой информированное согласие на назначение вышеуказанного лекарственного препарата.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. пациента старше 15 лет)

**Добровольное информированное согласие подписано пациентом старше 15 лет в моём присутствии:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. врача)

"\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)