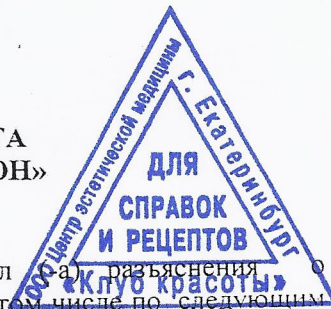


Приложение к медицинской карте № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на проведение курса терапии препаратом «МЭЛСМОН»



Я, _____, получил (-а) разъяснения о планируемом проведении мне курса терапии препаратом «МЭЛСМОН», в том числе по следующим вопросам:

Показания к применению «МЭЛСМОН»: восстановление возрастных обменных процессов; снятие синдрома хронической усталости; повышение общего тонуса организма и кожи в том числе (улучшение цвета и упругости кожи, лечение возрастной гиперпигментации, разглаживание морщин); .

Критерии исключения применения препарата «МЭЛСМОН»: аллергия, реакция гиперчувствительности на введение препарата; тяжелые сопутствующие заболевания, болезни крови, онкологическая патология; прием гормонов коры надпочечников, противовирусных препаратов (за исключением интерферона), цитостатиков; беременность.

Мне сообщено, что осложнений в процессе клинических испытаний препарата и его практического применения не выявлено.

Я получил (-а) информацию о методике проведения терапии, составе препарата, механизме действия, способах введения и возможных побочных эффектах: аллергическая реакция в случае индивидуальной непереносимости, болевые ощущения в месте инъекций, а также об альтернативных методах восстановления обменных процессов и повышения общего тонуса организма и их примерной стоимости.

С учетом всех имеющихся данных я изъявляю согласие и настаиваю на проведении мне курса терапии препаратом «МЭЛСМОН».

Мне предложен план обследований, даны полные разъяснения об их характере и целях: визуальный осмотр врачом; (обследование, жалобы); общий анализ крови; развернутый биохимический анализ крови, на сахар; консультация эндокринолога, анализы на гормоны щитовидной железы и половые гормоны; УЗИ печени и щитовидной железы (другие органы по рекомендации УЗИ специалиста; антропометрия (вес, ИМТ, п/к жировая складка).

Я обязуюсь перед проведением курса терапии, а также через 6 недель после его начала, сообщить врачу необходимые сведения о состоянии моего здоровья, наличии аллергических реакций, предоставить по просьбе врача все необходимые медицинские документы, пройти все назначенные обследования.

Я поставлен (-а) в известность о необходимости соблюдать следующий режим в ходе курса терапии: ограничение принятия спиртных напитков, желательна физическая нагрузка, а также своевременно сообщать врачу об ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых других препаратов.

Я извещен (-а) о том, что несоблюдение режима и рекомендаций врача, плана рекомендуемого и поддерживающего курсов, самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел (-а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья и курса терапии препаратом «МЭЛСМОН», и получил (-а) на них ясные и понятные мне удовлетворительные ответы.

Способ введения препарата _____

Рекомендуемый курс _____

Поддерживающий курс _____

Подпись врача _____

Подпись пациента _____

Дата _____