

ФОРМА ІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ

Для пацієнта, якому призначено лікування лікарським засобом КСЕНПОМА

ПІБ пацієнта: _____
Дата народження: ____ / ____ / ____
ПІБ лікаря: _____
Контактний тел. лікаря: _____

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ:

1. Репродуктивний статус пацієнта (позначити один пункт)

- Жінка з репродуктивним потенціалом ☐
- Чоловік* ☐
- Жінка без репродуктивного потенціалу* ☐

* в інформації лікаря зазначається «тест на вагітність не застосовується».

2. Перед першим призначенням лікарського засобу пацієнт був проінформований про:

- ☐ Очікуваний негативний вплив на плід/ембріон
- ☐ Суворі заходи запобігання вагітності (ефективна контрацепція, проведення тестів на вагітність, інформування лікаря про підозри щодо настання вагітності)

3. Застосовується лише до жінок з репродуктивним потенціалом:

Дата візиту до лікаря	Дата НЕГАТИВНОГО тесту на вагітність	Підтвердження відсутності ризику вагітності	Дата призначення лікарського засобу	Підпис лікаря	Дата видачі лікарського засобу

Після завершення лікування передайте заповнену форму лікарю під час наступного візиту.
Перед призначенням лікарського засобу, будь ласка, ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.

Підпис лікаря: _____

Дата: ____ / ____ / ____

ЗГОДА ПАЦІЄНТА (заповнюється пацієнтом)

Я, пацієнт(ка), підтверджую, що:

- ☐ лікар надав(ла) мені у зрозумілій формі інформацію про лікарський засіб КСЕНПОМА, про очікуваний негативний вплив на плід/ембріон (тератогенний ризик) та про необхідність суворого дотримання заходів запобігання вагітності;
- ☐ я мав(ла) можливість поставити запитання та отримав(ла) на них зрозумілі відповіді;
- ☐ я зобов'язуюсь дотримуватися застосовних до мене заходів запобігання вагітності, не передавати лікарський засіб іншим особам, повернути невикористані капсули після завершення лікування та не бути донором крові у визначені періоди, а якщо я є пацієнтом чоловічої статі – також донором сперми;
- ☐ я добровільно даю інформовану згоду на лікування лікарським засобом КСЕНПОМА.

ПІБ пацієнта: _____

Підпис пацієнта: _____ Дата: «__» _____ 20__ р.

Для пацієнта, який відповідно до законодавства не може самотійно надати інформовану згоду, форму заповнює законний представник:

ПІБ законного представника: _____

Підпис: _____ Дата: «__» _____ 20__ р.