

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА)
НА ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ АСИТ в ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС»**

Во исполнение ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, _____

_____, _____ года рождения, находясь на лечении и обследовании в ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС», без какого-либо внешнего давления даю согласие на проведение лечения методом аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) подкожно / сублингвально препаратом лечебного аллергена _____ мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь -
(указать название препарата)

_____, _____ г.р.)
(указать Ф.И.О. и дату рождения представляемого пациента в возрасте до 15 лет)

Мне разъяснены и понятны суть заболевания (аллергическая природа болезни, ведущий аллерген установлен, IgE-зависимая природа доказана) и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания (воспаление, снижение / нарушение функции, утяжеление состояния, присоединение сопутствующих заболеваний и новых видов аллергии, осложнения, вероятность неблагоприятного прогноза при астме).

Я понимаю необходимость, цели, характер и возможные неблагоприятные эффекты АСИТ (в т.ч. частые и редкие нежелательные явления, возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью), а также и то, что мне предстоит делать во время проведения АСИТ. В случае возникновения неблагоприятных эффектов, я даю согласие на оказание необходимой медицинской помощи, объем которой определит врач. Я понимаю, что лечение методом АСИТ проводится от 3 до 5 лет, и эффект терапии можно будет оценить лишь на втором году лечения. Меня также ознакомили с альтернативными вариантами лечения (традиционная медикаментозная терапия, рефлексотерапия,

физио- и психотерапия, оперативное лечение при некоторых формах аллергического ринита). Я подтверждаю, что после объяснений у меня была возможность задать врачу дополнительные вопросы и спокойно обдумать сообщенные сведения, посоветоваться с родственниками. На все заданные мною вопросы я получил(а) понятные ответы.

Я получил(а) памятку по питанию и поведению в период проведения АСИТ и обязуюсь соблюдать рекомендации врача, схему лечения, иметь при себе препараты неотложной помощи, всегда иметь в доступности контактную информацию своего врача-аллерголога, а также ознакомить с ними своих родственников.

Со своей стороны я поставил(а) врача в известность обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе обо всех мне известных перенесенных ранее заболеваниях/травмах/операциях, о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, о непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, о возможной (планируемой) беременности и кормлении грудью. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, курении, высказал(а) все жалобы.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от предлагаемого лечения методом АСИТ или потребовать его прекращения.

Я самостоятельно использую свое право на выбор платного оказания услуг при получении медицинской помощи на добровольной основе, в рамках договора оказания платных медицинских услуг.

Я понимаю, что данный документ является юридическим документом и влечет правовые последствия. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, удовлетворен(а) ответами врача на мои вопросы.

« _____ » _____ 20____ г.
(дата оформления)

(подпись и Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента)

(подпись и Ф.И.О. врача аллерголога-иммунолога Центра аллергии и астмы «Парацельс»)