

Приложение № 6 к Клиническим рекомендациям (протоколу лечения) "Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку" (Письмо Минздрава РФ от 03.06.2015)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ОТ МАТЕРИ

(подписывает лицо, осуществляющее уход за ребенком)

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью разборчиво)

карта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на лечение моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью разборчиво)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата рождения) лекарственными препаратами, направленными на предотвращение заражения Ребенка ВИЧ-инфекцией от матери.

**Я подтверждаю, что мне разъяснено**:

 почему проведение данного лечения необходимо моему ребенку;

 действие назначаемых моему ребенку препаратов;

 как необходимо давать моему ребенку назначенные препараты;

 возможное побочное действие препаратов, назначенных моему ребенку;

 что мой ребенок должен проходить регулярные обследования, в том числе сдавать кровь, для диагностики ВИЧ-инфекции и оценки безопасности назначенного лечения и выявления возможного побочного действия лекарств;

 в какие сроки я должна приводить ребенка на обследование;

 что профилактический эффект может быть достигнут при неукоснительном соблюдении всех рекомендаций, данных мне лечащим врачом.

**Я осознаю что**:

 при отсутствии химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку вероятность заражения составляет до 40%;

 назначение антиретровирусных препаратов позволяет снизить вероятность ВИЧ-инфицирования ребенка до 1-2%;

 назначенное моему ребенку лечение может в любой момент быть прекращено по моему желанию;

 если вследствие проведения лечения возникнет угроза здоровью моего ребенка, я буду проинформирована об этом для принятия решения о целесообразности дальнейшего его проведения;

 если вследствие проведения лечения возникнет угроза жизни моего ребенка, это лечение может быть прекращено по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

 все лекарственные препараты, назначаемые моему ребенку, разрешены к применению в России;

 как и любое лекарственное средство, назначенные моему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых предоставлена мне моим лечащим врачом.

**Я обязуюсь:**

 по установленному графику приводить своего ребенка на медицинское обследование для контроля воздействия назначенных ему препаратов, заполнять предусмотренные для этого анкеты, давать разрешение на взятие крови на анализы;

 давать назначенные моему ребенку лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

 выполнять рекомендации лечащего врача по уходу за моим ребенком, его кормлению;

 сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных моему ребенку препаратов или прекращении лечения по каким-либо причинам;

 сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья моего ребенка и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом препаратов, назначенных моему ребенку;

 не посоветовавшись с лечащим врачом, не давать моему ребенку какие-либо лекарственные препараты и не делать прививки (даже если лекарства и прививки назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу;

 сообщить врачу, назначившему моему ребенку лекарственные препараты в экстренных случаях, что ребенок получает препараты для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Подпись лица, осуществляющего уход за ребенком: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  |  | Дата |  |
|  |  | (ФИО) |  | (подпись) |  |  |