



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZASTOSOWANIE TERAPII LEKIEM POZA WSKAZANIAM I REJESTRACYJNYMI

Imię i nazwisko pacjentki																			
PESEL												Numer Księgi Główniej							

1. ZASTOSOWANIE TERAPII LEKIEM

Po przeanalizowaniu sytuacji klinicznej proponujemy Pani zastosowanie leku : SALBUTAMOL
które, ma na celu WYHAMOWAĆ skurcze macicy.

2. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

a) OCZEKIWANE KORZYŚCI

wyhamowanie skurczy macicy

b) MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Podczas stosowania leku mogą wystąpić następujące działania niepożądane :
nudności, wymioty, kołatanie serca

c) SKUTKI ODLEGŁE ZASTOSOWANIA LEKU:

brak

d) RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ:

☒ *małe*

☐ *średnie*

☐ *duże*

3. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego leczenia jest w Pani przypadku:

☒ *duże*

☐ *średnie*

☐ *ograniczone*

4. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIE

Alternatywą do zaproponowanego postępowania jest inny lek np. atosiban

5. KONSEKWENCJE ODMOWY TERAPII

skurcze macicy i poród przedwczesny

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć w związku z leczeniem w/w preparatem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego zastosowania leku oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

- Ja, niżej podpisana/yoświadczam, że przeczytałam/em i zrozumiałam/em informacje dotyczące zastosowania leku SALBUTAMOL poza wskazaniami rejestracyjnymi oraz otrzymałam/em wyczerpujące i satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.
- Wyrażam dobrowolnie zgodę na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi i jestem świadoma/y, że w każdej chwili mogę zaprzestać dalszej części leczenia. Przez podpisanie zgody na terapię lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi, nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopie niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.



SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI
ul. Św. Jana 9
62-200 Gniezno

**INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZASTOSOWANIE TERAPII LEKIEM POZA
WSKAZANIAMI REJESTRACYJNYMI**

- Zostałam/em poinformowana/y, że administratorem danych osobowych będzie zakład opieki zdrowotnej, w którym prowadzona/ordynowana będzie terapia lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi
- Nadto oświadczam, że zostałam poinformowana o możliwości cofnięcia zgody na zastosowanie powyższego leczenia.
- Oświadczam także, iż posiadam/nie posiadam* pełną(ej) zdolność(ci) do czynności prawnych.

Data oraz podpis pacjentki lub
przedstawiciela ustawowego

Nie zgadzam się na proponowane mi zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi. Zostałam poinformowana o możliwych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data oraz podpis pacjentki lub
przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjentkę lub jej przedstawiciela ustawowego jest niemożliwe z powodu:

Data, podpis oraz pieczęć
lekarza

**8. OŚWIADCZENIE LEKARZA ODPOWIEDZIALNEGO ZA ZASTOSOWANIE LEKU POZA
WSKAZANIAMI REJESTRACYJNYMI**

Oświadczam, że omówiłam/em przedstawione badania z pacjentką/pacjentem używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłam/em informacji dotyczących natury i znaczenia terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi.

Data, podpis oraz pieczęć
lekarza