

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я _____

ПРОИНФОРМИРОВАН(А), что мне будет проведено лечение тромболитическим препаратом «АКТИЛИЗЕ» № _____ БЕСПЛАТНО, согласно программе о проведении тромболитической терапии в ХГЦТТ при остром инфаркте миокарда и остром ишемическом инсульте, принятой на сессии городского совета.

Я поставлен(а) в известность, что у меня нет абсолютных противопоказаний для проведения тромболитической терапии, а также информирован(а) о наличии у меня относительных противопоказаний (есть/нет).

Врач информировал меня о необходимости проведения тромболитической терапии и возможных ее осложнениях.

Я даю свое согласие на лечение тромболитическим препаратом «АКТИЛИЗЕ» № _____

Дата _____

Время _____

Подпись _____

Настоящим подтверждаю, что мне было проведено лечение тромболитическим препаратом «АКТИЛИЗЕ» № _____ в дозе ____ мг (количество флаконов ____).

Дата «____» _____ 200 г.

Время ____ часов ____ минут.

Подпись _____

Врач _____

Медсестра _____