Общество с ограниченной ответственностью «ГОРМОНЛАЙФ»
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00323175
ИНН 9715365768, ОГРН 1197746620202
Взрослое и детское отделения: 123022, город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Пресненский,
улица 1905 года, дом 21, помещение 2/1
Телефон: +7 (800) 775-83-03, электронная почта: reception@hormonelife.ru
Сайт: hormonelife.ru

Информированное добровольное согласие на гормональную терапию

Информированное добровольное согласие оформляется в соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Заполняется пациентом либо его законным представителем до начала вмешательства.

_____

фамилия, имя, отчество пациента полностью — год рождения

_____

адрес места жительства — контактный телефон

_____

фамилия, имя, отчество законного представителя, если согласие даёт он

_____

Вид вмешательства

_____

назначенная схема терапии, препараты, дозы

Цели и методы

Гормональная терапия назначается для коррекции подтверждённых лабораторно гормональных нарушений: восполнения дефицита гормонов, устранения симптомов, связанных с гормональным дисбалансом, и снижения связанных с ним рисков для здоровья. Терапия проводится лекарственными препаратами, зарегистрированными в Российской Федерации, в форме таблеток, инъекций, трансдермальных или иных форм. Схема подбирается индивидуально и корректируется по результатам контрольных обследований.

Предполагаемые результаты

Уменьшение или устранение симптомов, нормализация лабораторных показателей, улучшение самочувствия и качества жизни. Сроки наступления эффекта индивидуальны. Полное достижение ожидаемого результата не гарантируется.

Возможные варианты помощи

Альтернативой являются негормональная лекарственная терапия, изменение образа жизни, коррекция питания и физической активности, наблюдение без лечения либо отказ от терапии. Последствия отказа мне разъяснены.

Риски и возможные нежелательные явления

— задержка жидкости, изменение массы тела, отёки;

— изменения артериального давления и показателей липидного обмена;

— повышение риска тромбозов и тромбоэмболических осложнений;

— изменение показателей функции печени;

— болезненность и нагрубание молочных желёз, нарушения менструального цикла, межменструальные кровянистые выделения;

— при терапии препаратами тестостерона: повышение гематокрита и числа эритроцитов, изменения со стороны предстательной железы, угревая сыпь, подавление собственной выработки гормонов и снижение фертильности, в том числе стойкое;

— изменения настроения, нарушения сна;

— аллергические реакции на компоненты препарата;

— необходимость отмены или изменения схемы терапии при появлении нежелательных явлений.

Противопоказания

Гормонозависимые злокачественные новообразования, в том числе в анамнезе; тромбозы и тромбоэмболические осложнения в анамнезе; тяжёлые заболевания печени; кровотечения неясного происхождения; неконтролируемая артериальная гипертензия; беременность; индивидуальная непереносимость компонентов препарата. Полный перечень противопоказаний содержится в инструкции по применению назначенного лекарственного препарата.

Обязательный контроль

Терапия проводится только под наблюдением врача. Мне разъяснена необходимость являться на контрольные приёмы и сдавать назначенные лабораторные исследования в установленные сроки, а также незамедлительно обращаться к врачу при появлении одышки, боли в груди, отёка и боли в конечности, сильной головной боли, нарушений зрения или речи.

Самостоятельное изменение дозы, кратности приёма или прекращение терапии без согласования с врачом недопустимо.

Подтверждение пациента

Я подтверждаю, что получил(а) информацию в доступной для меня форме, имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них понятные ответы. Мне разъяснено, что я вправе отказаться от вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе. Я сообщил(а) медицинскому работнику достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесённых и имеющихся заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах и аллергических реакциях.

Я уведомлён(а), что медицина не является точной наукой и гарантировать полное достижение ожидаемого результата невозможно. Я обязуюсь выполнять рекомендации врача в период после процедуры и своевременно сообщать обо всех изменениях самочувствия.

Я предупреждён(а), что приём препаратов, содержащих гормоны, может влиять на результаты допинг-контроля, и обязуюсь сообщить об этом при участии в спортивных соревнованиях.

дата	подпись пациента или представителя	расшифровка подписи

дата	подпись врача	фамилия, имя, отчество врача