

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за извършване на „Терапевтична афереза“

От:
(име) (фамилия) (година)

Процедурата „Терапевтична афереза“ се извършва от лекарски екип, който включва един лицензиран лекар за високоспециализирана медицинска дейност „Терапевтична афереза“ и втори лекар с призната специализация по анестезиология и интензивно лечение.

Декларирам, че съм съгласен/а да ми бъде извършена терапевтична афереза за отделяне от кръвта ми на патологични антитела, които причиняват заболяването ми чрез въвеждане на катетър, включително всички медицински интервенции преди, по време и след процедурата.

Съгласен/а съм да ми бъдат направени необходимите медицински изследвания за тази цел.

Съгласен/а съм да се подложа и на онези медицински манипулации, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни при изпълнението на тази процедура.

Обяснено ми е на достъпен език и напълно разбирам какво представлява това лечение и всички рискове свързани с него.

Осъзнал/а съм всички възможни усложнения свързани със здравето и живота ми.

Желая и настоявам да ми бъде направена тази лечебна процедура на апарат за екстракорпорално изкуствено кръвообращение.

Обяснено ми е, че в световната научна литературата има данни за положителния лечебния ефект на метода при моето заболяване.

Дата Час.....

(подпис).....

Това информирано съгласие се попълва съгласно изискванията на Закона за здравето.