

ЗАТВЕРДЖЕНО**Наказ Міністерства охорони здоров'я України****03.08.2012 № 612**

| | |
|--|--|
| Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я | МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 501-5/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № |
| Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма | |
| Код за ЄДРПОУ | |

**ПОІНФОРМОВАНА ЗГОДА
на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини
із застосуванням антиретровірусних препаратів**

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові пацієнтки, число, місяць, рік народження)

цим документом даю згоду на участь у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням антиретровірусних препаратів.

Своїм особистим підписом я підтверджую, що співробітником установи/закладу:

_____ (прізвище, ім'я, по батькові співробітника)

мені була надана зрозуміла для мене інформація про характер, мету, можливі наслідки, ризики та ускладнення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Мені надали можливість ставити всі питання стосовно будь-яких можливих побічних дій антиретровірусних препаратів, а також отримати повні та зрозумілі відповіді.

У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій та ускладнень під час програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини я заздалегідь даю згоду на проведення всіх необхідних та можливих заходів для їх усунення.

Я попереджена, що мені на вимогу лікаря необхідно здавати кров для проведення аналізів на визначення імунологічного статусу та вірусного навантаження з метою корегування схеми призначених антиретровірусних препаратів.

Я попереджена, що при народженні дитини їй буде проведено антиретровірусну профілактику.

Я попереджена, що при народженні дитини її грудне вигодовування є однією з причин інфікування ВІЛ та про те, що рекомендовано штучне вигодовування дитини.

Я попереджена, що після народження дитини протягом півтора року буде проводитися дослідження зразків її крові на наявність ВІЛ-інфекції для уточнення ВІЛ-статусу дитини.

Я попереджена, що у разі відмови від проведення необхідних профілактичних заходів та обстежень є ризик інфікування ВІЛ моєї дитини та беру відповідальність за стан здоров'я дитини.

Я знаю, що маю право задавати питання медичному персоналу стосовно заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, а у разі незадоволення відповіддю - звертатися до керівництва лікарняного закладу або до Центральної етичної комісії МОЗ України за адресою: вул. Народного ополчення, 5, м. Київ, 03151 (03680 МСП), тел./факс (044) 503-76-51.

Текст цієї інформованої згоди мною прочитано, своїм підписом я підтверджую повну згоду з усім вищезазначеним.

Підпис пацієнта: _____ Дата заповнення: _____

Підпис лікаря: _____