

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____,
(Ф. И. О. гражданина)

Контактный телефон _____

Год рождения _____

даю письменное информированное добровольное согласие на прием лекарственного средства: ПАМ-1, капсулы, 10 мг (по одной капсуле 1 раз в день) и согласен на использование данных, представленных в дневнике наблюдения и анкете, для систематизации и обобщения в научных целях без указания персональных данных.

Капсулы необходимо проглатывать, запивая достаточным количеством воды или теплого молока (не менее 100 мл) во время приема пищи.

Мне в доступной форме разъяснили цели, схему приема, связанный с приемом препаратов риск, возможные осложнения. Также мне сообщили о прогнозе заболевания и методах лечения.

Я извещен о необходимости соблюдения мной режима в ходе лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении моего самочувствия.

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, несмотря на высокую безопасность препарата, могут оказаться неэффективными и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, за что несу самостоятельную ответственность.

(подпись)

« _____ » _____ 2020
(дата)