

ПРИЛОЖЕНИЕ II: СОГЛАШЕНИЕ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ/РОДИТЕЛЕМ И ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Соглашение между пациентом и организацией, обеспечивающей медицинское обслуживание, по вопросу антикоагуляционного лечения

Ваш врач рекомендует вам пройти антикоагуляционное лечение, в процессе которого вы будете принимать препарат, способствующий профилактике образования тромбов в крови. Антикоагуляционными препаратами являются Варфарин (также именуемый Кумадин®) и низкомолекулярный гепарин. При правильном применении и под строгим контролем, эти препараты способствуют профилактике образования тромбов в крови. Опасные тромбы могут вызвать инсульт или повредить жизненно важные органы.

Ваш врач рекомендует вам принимать (check all that apply)

- Варфарин** **Низкомолекулярный гепарин**

Это потенциально опасные препараты. В случае неправильного применения или без регулярных анализов крови, они могут вызвать серьёзные побочные действия, которые включают внутреннее кровотечение или образование тромба, а в некоторых случаях могут привести к смертельному исходу.

При осторожном применении в правильных дозах они могут оказаться безопасными и полезными для вас препаратами. Все люди разные, поэтому необходимая вам доза будет периодически изменяться. С учетом этого, очень важно, чтобы вы каждые несколько недель приходили на приём для сдачи анализа крови.

Данный документ представляет из себя договор между _____ и Антикоагуляционной клиникой (клиникой) Медицинского центра Калифорнийского университета г. Дэйвис. Цель данного соглашения – обеспечить лучшее лечение и помочь вам извлечь максимальную пользу из этого препарата.

Для достижения этой цели я даю следующие обещания Антикоагуляционной клинике:

- У меня должен быть лечащий врач в Калифорнийском университете г. Дэйвис.
- Я согласен/согласна предоставить клинике свой номер телефона и альтернативный номер телефона, по которому со мной можно связаться.
- Если мне позвонят сотрудники клиники, я им перезвоню.
- Я согласен/согласна предоставить клинике название и номер телефона аптеки, услугами которой буду пользоваться.
- Я буду принимать лекарственный препарат строго в соответствии с указаниями клиники.
- Я НЕ позволю своему лечащему врачу или другому медицинскому специалисту изменить дозу препарата, не обсудив это СНАЧАЛА с представителями клиники. Исключением могут быть неотложные ситуации, но я понимаю, что даже в этом случае, мне необходимо сообщить об изменении дозы или вида препарата в клинику.

Приложение II: СОГЛАШЕНИЕ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ/РОДИТЕЛЕМ И ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, СТР. 2

- Я проинформирую клинику о необходимости прекратить приём препарата ввиду проведения какой-то медицинской процедуры или по какой-либо другой причине.
- Я проинформирую клинику о любых изменениях, связанных с принимаемыми мной лекарствами, препаратами, основанными на травах, альтернативными препаратами и лекарствами, отпускаемыми без рецепта, а также о новых, выписанных моим врачом рецептах.
- Если я употребляю спиртное, я согласен/согласна делать это в умеренных количествах и с одинаковой периодичностью, а, в случае изменений в количестве употребляемого алкоголя, сообщать об этом в клинику.
- Пациенты женского пола: Я понимаю, что в период беременности антикоагуляционное лечение может быть вредным для развития ребёнка. В настоящее время я не беременна, а, в случае наступления беременности, я немедленно сообщу об этом в клинику.
- Я свяжусь с клиникой, если у меня возникнут следующие проблемы:
 - непрекращающееся кровотечение из дёсен или носа
 - моча красного или коричневого цвета
 - стул красного или черного (как смола) цвета
 - рвота с примесью крови или чего-либо похожего на “использованный молотый кофе”
 - постоянно кровоточащие порезы или увеличивающиеся в размерах гематомы
 - очень сильный менструальный поток или другие влагалищные кровотечения
 - сильные головные боли или чувство несвойственного головокружения или слабости
 - падение и удар головой
 - пропуск более 2-х доз в течении одной недели
- Я понимаю, что, если анализ крови проведён не в лаборатории Калифорнийского университета г. Дэйвис, мне необходимо позвонить в клинику и сообщить название лаборатории и дату проведения анализа.
- Я позвоню в клинику, если через 48 часов после сдачи крови на анализ в лаборатории Калифорнийского университета г. Дэйвис или в другой лаборатории не получу никаких инструкций.
- Я обращаюсь за медицинской помощью, если у меня возникнут необъяснимые кровотечения.

Я понимаю, что если я не выполню свои обещания, изложенные в данном соглашении, или не буду следовать указаниям клиники, со стороны клиники будет прекращено антикоагуляционное лечение и меня могут исключить из клиники.

Номер телефона клиники: 916-734-8158

Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что у меня была возможность ознакомиться с условиями данного соглашения, на все мои вопросы были даны удовлетворительные ответы, и я согласен/согласна на ВСЕ вышеизложенные требования, необходимые для прохождения антикоагуляционного лечения в Медицинском центре Калифорнийского университета г. Дэйвис.

Подпись пациента _____ Дата: _____

Подпись представителя пациента _____

**ПРИЛОЖЕНИЕ II: СОГЛАШЕНИЕ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ/РОДИТЕЛЕМ И ОРГАНИЗАЦИЕЙ,
ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, СТР. 3**

Имя пациента (печатными буквами): _____

_____ Дата: _____
Подпись фармацевта антикоагуляционной клиники

_____ Дата: _____
Подпись переводчика (при необходимости)