Общество с ограниченной ответственностью «ГОРМОНЛАЙФ»
ИНН 9715365768, ОГРН 1197746620202. Лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01137-77/00323175 от 10.03.2020

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на обследование и лечение у врача-эндокринолога, в том числе гормональную терапию

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

«____» _____ _____ г. рождения, находясь на лечении (консультации) в ООО «ГОРМОНЛАЙФ» (ГЗТ.КЛИНИКА) у врача-эндокринолога _____ (Ф.И.О. врача), даю настоящее согласие на обследование и лечение по профилю «эндокринология».

1. Цель обследования и лечения

Диагностика и лечение заболеваний эндокринной системы (в том числе нарушений функции щитовидной железы, надпочечников, половых желёз, гипоталамо-гипофизарной системы, обмена веществ), коррекция гормонального статуса.

2. Суть обследования

Обследование включает сбор жалоб и анамнеза, осмотр, при необходимости — лабораторные исследования (в том числе определение уровня гормонов и биохимических показателей крови), ультразвуковое исследование органов и тканей эндокринной системы, функциональные пробы (нагрузочные и супрессивные тесты), а также иные исследования по медицинским показаниям.

3. Возможные методы лечения

По результатам обследования мне могут быть предложены: медикаментозная терапия, включая заместительную гормональную терапию, коррекция образа жизни и питания, динамическое наблюдение с контролем лабораторных показателей, направление к врачам смежных специальностей.

4. Ожидаемые результаты

Целью лечения является достижение и поддержание целевых показателей гормонального и метаболического статуса, уменьшение выраженности симптомов заболевания, профилактика осложнений. Мне разъяснено, что результат лечения зависит от индивидуальных особенностей организма, характера заболевания и соблюдения рекомендаций врача, и не может быть гарантирован.

5. Возможные риски и побочные эффекты

Мне разъяснено, что медикаментозная терапия, в том числе гормональная, может сопровождаться побочными эффектами и нежелательными реакциями организма, включая индивидуальную непереносимость препаратов, аллергические реакции, изменение массы тела, изменения со стороны сердечно-сосудистой, костной и других систем организма, а

также иные реакции, перечень и вероятность которых зависят от конкретного препарата и разъясняются врачом дополнительно при назначении лечения.

6. Альтернативные методы и последствия отказа

Мне разъяснены возможные альтернативные подходы к лечению (при их наличии), а также то, что отказ от предложенного обследования и лечения может повлечь прогрессирование заболевания и развитие осложнений.

7. Обязанности пациента

- сообщать врачу обо всех принимаемых лекарственных препаратах, биологически активных добавках, а также о ранее диагностированных заболеваниях и аллергических реакциях;
- сообщать врачу о беременности, о её планировании, а также о кормлении грудью;
- своевременно проходить контрольные лабораторные и инструментальные исследования в сроки, рекомендованные врачом;
- соблюдать назначенную схему приёма препаратов и не изменять её самостоятельно;
- незамедлительно сообщать врачу о появлении новых симптомов или ухудшении самочувствия.

Настоящим подтверждаю, что мне в доступной форме разъяснены цели, методы обследования и лечения, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты. Мне предоставлена возможность задать любые интересующие меня вопросы, ответы на которые я получил(а) в полном объёме. Я получил(а) исчерпывающую информацию об организации: наименование, адрес места оказания услуг, режим работы, реквизиты лицензии на медицинскую деятельность.

Сведения о законном представителе (заполняется, если согласие даётся законным представителем пациента)

_____

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

_____	_____	_____
(подпись пациента / законного представителя)	(Ф.И.О.)	(дата)
_____	_____	_____
(подпись врача)	(Ф.И.О.)	(дата)