

Додаток  
До Порядку організації  
медичної допомоги хворим  
на ВІЛ-інфекцію/СНІД  
(пункт 3.5)

**Інформована згода пацієнта  
на проведення антиретровірусної терапії (АРТ)**

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові пацієнта)

цим документом даю згоду на проведення антиретровірусної терапії (АРТ).

Своїм особистим підписом я підтверджую, що лікарем-інфекціоністом, що працює у ЗОЗ (закладі охорони здоров'я), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові лікаря-інфекціоніста, найменування ЗОЗ, де працює лікар-інфекціоніст)

мені була надана зрозуміла для мене інформація про характер, мету, можливі наслідки, ризики та ускладнення при проведенні антиретровірусної терапії (АРТ).

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

У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій та ускладнень під час проведення антиретровірусної терапії (АРТ) я заздалегідь даю згоду на проведення всіх необхідних та можливих заходів для їх усунення.

Мені надані роз'яснення про необхідність дотримання режиму прийому антиретровірусних препаратів.

Я попереджений (попереджена), що самовільне переривання антиретровірусної терапії призведе до погіршення стану мого здоров'я.

Я попереджений (попереджена), що в період проведення антиретровірусної терапії (АРТ) вживання алкоголю та наркотичних засобів та/або психотропних речовин може призвести до погіршення стану мого здоров'я.

Текст цієї Інформованої згоди мною прочитаний. Своїм підписом я підтверджую повну згоду з усім зазначеним вище.

Підпис: \_\_\_\_\_

Дата надання згоди: \_\_\_\_\_