

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской
государственный медицинский университет»
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я, _____, понимаю,
что невозможно получить абсолютные гарантии благоприятного исхода моего заболевания и исключить различные осложнения, как во время, так и после его окончания.

О возможных осложнениях лечения, таких как тошнота, рвота, диарея, понос, стоматит, мукозит, поражение слизистой пищеварительного тракта, кардиотоксичность (негативное воздействие на сердце), миелосупрессия (ухудшение показателей крови), восстанавливаемое выпадение волос, дерматит (воспаление кожи), местное раздражающее действие (вплоть до некроза) при попадании препаратов под кожу, конъюнктивит, флебит, периферический неврит, нарушение чувствительности, повышение температуры тела, головная боль, слабость, токсическое воздействие на печень, почки (гепатонейротоксичность) предупрежден(а).

О МОЁМ ЗАБОЛЕВАНИИ И СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РАЗРЕШАЮ СООБЩИТЬ (ФИО, телефон)

" _____ " _____ 20__ г.

Подпись пациента _____