

Назив здравствене установе терцијарног нивоа здравствене
заштите: _____ у _____
Име и презиме лекара: _____

ИЗЈАВА О ПРИСТАНКУ

примене лека из групе фактора коагулације крви у условима контролисане кућне самопримене

(Попуњава пунолетно осигурано лице):

Ја _____, осигурано лице коме је дијагностиковано
(име и презиме осигураног лица)

_____, изјављујем да:
(дијагноза болести)

Или

(Попуњава родитељ – старатељ детета до навршених 18 година):

Ја, _____, родитељ-старатељ детета _____, коме
(име и презиме осигураног лица) (име и презиме детета)

је дијагностиковано _____ изјављујем да:
(дијагноза болести)

- 1) Преузимам одговорност за контролисану кућну самопримену као део терапије урођене хемофилије.
- 2) Имам знања о примени лека: дози лека, условима за примену лека, ситуацијама у којима је болничко лечење неопходно, симптомима могућих компликација и како их избећи и лечити (алергијске реакције на кожи, отежано дисање, пад крвног притиска, упала вена, појава хематома).
- 3) Имам знања о чувању лека, припреми и давању лека тако да га могу сигурно и безбедно самоприменити. Такође сам обучен(а) и придржаваћу се начина безбедног одлагања медицинског отпада насталог услед самопримене лека.
- 4) Водићу писану евиденцију о разлозима за примену лека, дози и времену када је лек примењен и серијском броју примењеног лека и евиденцију ћу подносити на увид на контролама по препоруци хематолога/педијатра из здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите на које ћу редовно долазити.
- 5) Имам знања о могућим компликацијама и могућностима за њихово лечење.
- 6) Прихватам да у случају непридржавања напред наведених правила самопримене лека могу да будем искључен из поступка контролисане кућне самопримене лека.

Ова изјава важи најдуже 6 месеци од дана издавања за осигурана лица до навршених 18 година, односно најдуже 12 месеци за осигурана лица од 18 година и више.

Датум потписивања изјаве: _____

(потпис осигураног лица/родитеља-старатеља)

Изјава важи до: _____

(ЈМБГ)

(ЛБО)

(адреса и број тел)

(e-mail адреса, уколико је поседује)