

Информированное добровольное согласие на лечение с использованием раствора Атропина

1. Длительное применение атропина в различных концентрациях специального протокола лечения не имеет. Использование лекарств для целей, для которых они специально не предназначены, является обычной практикой в медицине и именуется термином «off-label», что значит «не по одобренным показаниям». Научные исследования подтверждают безопасность этого препарата в низких дозах.
2. Существуют и другие варианты, чтобы попытаться замедлить темпы прогрессирующей близорукости, или для лечения амблиопии и косоглазия. Они имеют свои преимущества, недостатки, риски и выгоды, о которых нужно побеседовать до начала лечения атропином. В некоторых случаях, атропин может быть использован в сочетании с указанными опциями.
3. Необходимо придерживаться всех запланированных посещений, а пропущенные визиты должны быть перенесены по телефону на другую дату, не более 2-х недель от назначенного посещения.
4. Вы и /или ваш врач можете принять решение о прекращении использования атропина при начальной и / или последующей терапии. Если вами принято решение о прекращении терапии атропином, то необходимо известить лечащего врача о прекращении лечения и использовать другие варианты лечения.
5. Я, нижеподписавшийся(ася), полностью понял(а) суть лечебной атропинизации, которая была объяснена мне или прочтена в литературе, предоставленной или рекомендованной лечащим врачом. Я имел(а) возможность задать любые вопросы, касающиеся лечебной атропинизации , и я понял(а) полученные ответы.

Я согласен(сна) участвовать в программе лечения моего ребенка с использованием раствора атропина , понимаю и соглашаюсь со всей информацией , указанной в этом документе.

Подпись _____
Дата _____

Ф.И.О. _____
Врач _____