

Форма
інформованої згоди пацієнта на участь у клінічному дослідженні

Я, що нижче підписався(-лася) _____

(прізвище, ім'я, по-батькові)

проінформований про діагноз, малу ефективність стандартних методів лікування та згоден(-на) на участь у проведенні клінічного дослідження.

Пацієнти на рак шлунка цього дослідження будуть отримувати лікування в рамках однієї із наступних модальностей: паліативна гастректомія, паліативна хіміотерапія та симптоматична терапія.

Ризик виконання операції комбінованого об'єму більший за ризик звичайної операції. Можуть виникати такі ускладнення, як перитоніт, кровотечі, панкреатит, пневмонія, ниркова недостатність, судинні ускладнення та ін. Деякі з них можуть вимагати повторної операції, мають летальність.

Я мав(-ла) можливість задати запитання з усіх аспектів лікування. Отримавши роз'яснення, я повністю згоден(-на) співпрацювати з лікуючим лікарем та негайно інформувати його у випадку порушення мого здоров'я.

Я уважно ознайомився з наданою мені інформацією, розумію переваги методу, його ризик і погоджуюся на проведення комбінованого лікування.

“ ____ ” 20 ____ року

_____ (підпис пацієнта)