

Rīgā, 20__ .gada _____

Pacienta informētā piekrišana ārstēšanai ar zālēm Rigvir šķīdums injekcijām

Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 6. panta pirmo un otro daļu ārstniecība ir pieļaujama tikai tad, ja pacients devis tai informēto piekrišanu. Pirms informētās piekrišanas parakstīšanas Jums ir tiesības uzdot jautājumus un saņemt atbildes no ārstējošā ārsta par zālēm Rigvir šķīdums injekcijām sēriju Nr. B0119R, kuru atļauts izplatīt ārkārtas apstākļos pārejas periodā.

Zāles Rigvir šķīdums injekcijām tiek izrakstīts, tāpēc, ka Jūs jau esat uzsācis(-usi) ārstēšanos ar šīm zālēm.

Pašlaik Latvijā pieejamā zāļu Rigvir šķīdums injekcijām sērija (Nr. B0119R) **nav pārbaudīta ar zāļu reģistrācijas dokumentācijā apstiprinātu metodi, līdz ar to nav pārlicības par vīrusa (aktīvās vielas) atbilstošu daudzumu zālēs un iespējamo ārstniecisko iedarbību.**

Zālēm Rigvir šķīdums injekcijām kopš 2019. gada 9. maija ir sašaurināta terapeitiskā indikācija: šobrīd zāles Rigvir ir apstiprinātas lietošanai melanomas ādas un zemādas metastāžu lokālai terapijai pēc operācijas. Par lietošanu citās indikācijās zinātniski pamatoti pierādījumi nav pieejami.

Informējam, ka šīs zāles ārsts Jums izrakstīs tikai pēc stingras guvumu-riska izvērtēšanas un, ja pagaidām nav citas ārstēšanas iespējas.

Informējam, ka ārsts uzņemas atbildību par Jums izvēlēto ārstēšanu, savukārt Jūs kā pacients esat informēts un apzināties risku par iespējamu šo zāļu ārstnieciskās iedarbības trūkumu.

Apstiprinu, ka esmu iepazinies/-usies ar informāciju un piekrītu zāļu Rigvir šķīdums injekcijām sērijas Nr. B0119R lietošanai:

pacienta vārds, uzvārds, paraksts _____.

Apstiprinu, ka esmu informējis/-usi pacientu:

ārsta vārds, uzvārds, paraksts _____.