

Warszawa, dnia



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZASTOSOWANIE LECZENIA GOLDIC®

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnoza.....

.....

Przebieg leczenia

.....

.....

.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są poufne.

Wyrażam zgodę na wykonanie audiowizualnego zapisu mojej choroby i wykorzystania go do celów dokumentacji medycznej oraz dokumentacji naukowej.

Czym jest GOLDIC®

GOLDIC® to skrót od Gold Induzierte Cytokine (cytokiny indukowane złotem). Wiele lat badań pokazało, że specjalnie zaprojektowane cząsteczki złota w połączeniu z komórkami krwi wytwarzanymi przez nasze ciało prowadzą do skutecznej reakcji organizmu. Aplikacja GOLDIC® była badana eksperymentalnie i klinicznie w różnych opracowaniach.

Przy leczeniu GOLDIC® zostaje pobrana niewielka ilość krwi pacjenta z żyły. Ta krew jest poddawana procesowi doskonalenia przy obecności zdefiniowanych cząsteczek złota przez 24 godziny w piecu grzewczym. Na koniec komórki krwi i cząsteczki złota zostaną w procesie odwirowywania oddzielone od surowicy.

Tylko ta opracowana, wzbogacona surowica jest wstrzykiwana pacjentowi w trakcie kilku zabiegów. Specjalny filtr zapobiega bezpośredniemu przenikaniu cząsteczek złota z surowicą do ciała pacjenta.

GOLDIC® jest przeciwzapalny, redukuje ból, aktywuje i różnicuje autologiczne komórki macierzyste i stymuluje samoregenerację organizmu. Terapia GOLDIC® jest formą terapii komórek macierzystych, która aktywuje istniejące, lokalne komórki macierzyste i wspiera ich różnicowanie.

W przypadku choroby, brak jest jeszcze wystarczających doświadczeń, aby w sposób pewny udokumentować skuteczność. Stosownie do tego, leczenie w Państwa przypadku należy zdeklarować jako indywidualną próbę leczenia. Pod pojęciem indywidualnej próby leczenia rozumie się próbne zastosowanie metody leczenia nowego rodzaju lub zastosowanie leczenia poza jej dopuszczalnymi wskazaniami lub w innej, niestandardowej formie (np. dozowanie) w przypadku pacjenta, u którego leczenie standardowe było nieskuteczne lub niemożliwe lub dopuszczalne leczenie nie istnieje. Celem próby jest wyłącznie leczenie pacjenta lub trwała poprawa jego stanu chorobowego, dla której to poprawy muszą zaistnieć uzasadnione wskazania.

Ryzyka, komplikacje i skutki uboczne

Uzasadnione zastosowanym lekiem skutki uboczne jak przy standardowych lekach nie występują. Terapia GOLDIC® jest bardzo dobrze przyswajalna.

- Może dojść (12-24 h) do krótkotrwałych objawów ubocznych jak uczucie gorąca i zimna, i dolegliwości takie jak przy grypie. W rzadkich przypadkach obserwowano reakcje nadwrażliwości.
- Infekcje występują bardzo rzadko. Najczęstsze infekcje występują po 48 godzinach, w postaci zaczerwienień w miejscu wstrzyknięcia i objawiają się przybierającymi na sile bólami.

Po wstrzyknięciach

- Jeżeli to konieczne, zażyć środek przeciwbólowy według zaleceń lekarza.
- Aktywności fizyczne w dniu wstrzyknięcia zredukować, a w dniach następnych unikać podnoszenia ciężarów i wyczerpujących czynności oraz sportu do odwołania według zaleceń lekarza.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiona/y z całym przebiegiem proponowanego leczenia.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z proponowanym leczeniem (w trakcie lub po zabiegu),
3. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego,
 - b) konieczności zachowania aseptyki miejsca, w które podawany był GOLDIC®

c) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach,

4. kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Zapoznałam/em się z powyższymi informacjami i jestem świadoma/y ryzyka i zalet terapii GOLDIC®. Przy wyjaśnieniu pouczono mnie, że chodzi o wypróbowanie nowej metody leczenia, której ryzyka i szanse na powodzenie należy oceniać tylko jako ograniczone. Dalej, wyjaśniono mi, dlaczego szanse są większe niż ryzyka. Dano mi możliwość zadania wszelkich pytań i niniejszym wyrażam zgodę na terapię GOLDIC®.

.....

Data

.....

Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

.....

Piecątka i podpis lekarza



OŚWIADCZENIE PACJENTA

Dane Pacjenta (rodzica, opiekuna prawnego):

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Jeśli oświadczenie wypełnia opiekun prawny Pacjenta, należy podać dane Pacjenta:

.....
(imię i nazwisko, PESEL)

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany przeze mnie adres e-mail:

.....
(Proszę wypełniać drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)

Do uzyskania informacji o udzielanych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich prawnie dopuszczalnych formach upoważniam:

Nie upoważniam nikogo

1.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

2.

upoważnienie do informacji o stanie zdrowia pacjenta; upoważnienie do dokumentacji medycznej

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, adres e-mail)

Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych pacjenta) przez niniejszy podmiot, niezbędne dla potrzeb realizacji świadczonych usług medycznych, zgodnie z przepisami ustawy z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000 ze zm.).

Zostałam/-em poinformowana/-y o prawie dostępu do treści ww. danych oraz o prawie do ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Data i podpis