

A se utiliza în conformitate cu prevederile locale.

Denumire spital:

**Acordul pacientului privind administrarea tratamentului cu
FLUGUARD 200 mg comprimate filmate (favipiravir)**

Medicamentul FLUGUARD 200 mg comprimate filmate se administrează 1600 mg la 12 ore pe cale orală timp de 1 zi, urmat de 600 mg pe cale orală la 12 ore. Durata de tratament este de 10-14 zile, în funcție de evoluția pacientului.

Declarația profesionistului din domeniul sănătății

(se va completa de către medicul curant, conform prevederilor locale și protocolului de tratament al infecției cu virusul SARS-CoV-2)

Cu privire la administrarea medicamentului **FLUGUARD 200 mg comprimate filmate**, am explicat pacientului:

- Beneficiile administrării medicamentului FLUGUARD 200 mg comprimate filmate;
- Riscurile mai frecvente care pot apărea după administrarea medicamentului FLUGUARD 200 mg comprimate filmate:
 - riscul de teratogenicitate al favipiravir;
 - riscul de creștere a enzimelor hepatice (AST, ALT, GGT);
 - riscul de afectare hepatică/apariție a leziunilor hepatice induse medicamentos;
 - riscul de hiperuricemie.
- De asemenea, am discutat:
 - ce va implica această terapie;
 - beneficiile și riscurile oricăror tratamente alternative disponibile (inclusiv absența tratamentului);
 - orice probleme ridicate de pacient.

A fost furnizată pacientului următoarea broșură:

- ✓ Fișa informativă pentru pacienți cu privire la medicamentul FluGuard 200 mg comprimate filmate (favipiravir).

Nume Medic (ÎN CLAR):

Funcție:

Semnătură și parafa:

Data:

Declarația interpretului (dacă este cazul)

Am tradus pacientului informațiile de mai sus cât am putut de bine și într-un mod pe care îl consider inteligibil pentru acesta.

Nume (ÎN CLAR):

Semnătură:

Data:

Declarația pacientului

Sunt de acord să administrez tratamentul descris mai sus. Sunt de acord să iau măsurile necesare de precauție pentru a evita expunerea unei sarcini la favipiravir.

Am luat la cunoștință beneficiile și riscurile utilizării acestui medicament.

Am primit fișa informativă pentru pacienți.

Nume pacient (ÎN CLAR):

Data:

Semnătură:

Copie acceptată de pacient: da/nu (vă rugăm să încercuiți)