

**Информированный добровольный отказ
от проведения высокоактивной антиретровирусной терапии
больному ВИЧ-инфекцией**

Настоящий добровольный отказ составлен в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.11г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федерального закона Российской Федерации от 30.03.95г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Мне, _____

(ф.и.о., дата рождения, домашний адрес, контактный телефон)

разъяснено состояние моего здоровья, диагноз, изложены цели, характер, необходимость проведения диагностических и лечебных мероприятий.

Разъяснено, что предложенная мне антиретровирусная терапия направлена на подавление размножения вируса иммунодефицита человека в моем организме, замедление прогрессирования ВИЧ-инфекции, что позволит увеличить продолжительность и улучшить качество моей жизни.

Разъяснено, что предоставление антиретровирусных препаратов осуществляется на бесплатной основе.

Разъяснено, что отказ от антиретровирусной терапии повлечет прогрессирование у меня ВИЧ-инфекции, ухудшение моего состояния, вплоть до гибели.

Настоящим я подтверждаю свой добровольный отказ от проведения мне антиретровирусной терапии, последствия отказа мне разъяснены, ответственность за состояние здоровья беру на себя.

Причина отказа: _____

Пациент _____ Дата _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Врач _____ Дата _____
(Ф.И.О.) (подпись)