

Универзитетски Клинички центар Републике Српске

Име и презиме љекара: _____

ИЗЈАВА О ПРИСТАНКУ
примјене лијека адалимумаб, етанерцепт,
инфликсимаб, голимумаб, тоцилизумаб, ведолизумаб
или секукинумаб

(Попуњава пунољетно осигурано лице):

Ја осигурано лице, ЈМБГ ,
(име и презиме осигураног лица)

адреса становања, контакт телефон,
коме је дијагностиковано, изјављујем да:
(дијагноза болести)

Имам знања о терапијском ефекту лијека, као и симптомима могућих нуспојава.

Пацијенту се (обавезно попунити):

1) уводи терапија биолошким лијеком
(назив лијека)

2) замјењује терапија другим биолошким лијеком
(назив лијека)

(Попуњава родитељ - старатељ дјетета до навршених 18 година):

Ја, родитељ-старатељ дјетета
(име и презиме осигураног лица) (име и презиме дјетета)

ЈМБГ , адреса становања,
контакт телефон, коме је дијагностиковано,
изјављујем да: (дијагноза болести)

Имам знања о терапијском ефекту лијека, као и симптомима могућих нуспојава.

Пацијенту се (обавезно попунити):

1) уводи терапија биолошким лијеком
(назив лијека)

2) замјењује терапија другим биолошким лијеком
(назив лијека)

Датум потписивања изјаве:

Потпис осигураног лица/родитеља-старатеља:

.....

.....