

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
27 березня 2012 року № 200  
(у редакції наказу Міністерства  
охорони здоров'я України  
від 16 листопада 2020 року № 2630)

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого (якої) перебуває заклад охорони здоров'я	<b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b>	
	Форма первинної облікової документації  № 129-1/о	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	<b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b>	
Код за ЄДРПОУ		№

**Інформована згода  
на участь у замісній підтримувальній терапії із застосуванням препарату**

\_\_\_\_\_ (назва препарату)

Я, \_\_\_\_\_, цим документом даю згоду на участь у замісній підтримувальній терапії (далі – ЗПТ) із застосуванням препарату \_\_\_\_\_.

Я підтверджую, що ЗОЗ мені була надана зрозуміла для мене інформація про характер, мету, можливі наслідки, ризики та ускладнення ЗПТ.

Мені надали можливість ставити питання стосовно будь-яких можливих побічних дій препарату, а також отримати повні, зрозумілі та вичерпні відповіді.

Я знаю, що можу відмовитися від проходження програми ЗПТ у будь-який час.

У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій та ускладнень під час ЗПТ я заздалегідь даю згоду на проведення всіх необхідних та можливих заходів для їх усунення.

Я попереджений(а), що мені необхідно на вимогу лікаря здавати сечу для проведення аналізів на наявність наркотичних засобів. Частота тестування та вид тесту, що використовується, визначаються лікарем.

Я попереджений(а), що мені необхідно приймати препарат не відвертаючись, та на вимогу медичного працівника, з метою контролю прийому препарату, щоб переконатись, що я не затримую препарат у ротовій порожнині, додатково наповнити одноразовий стаканчик, в якому був препарат, питною водою та випити її, а також вимовити якусь фразу після завершення прийому препарату.

Я попереджений(а), що у випадку отримання препаратів ЗПТ за рецептом або безпосередньо від ЗОЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, на вимогу лікаря, я маю надати залишок препарату до ЗОЗ для контролю його кількості. Залишки препарату, який видано у заводській упаковці (далі – блістер), мають надатись у непошкодженому блістері. У випадку якщо буде виявлено нестачу препаратів або якщо я не надам їх у визначений термін, видача мені препаратів за рецептом або безпосередньо від ЗОЗ для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах буде припинена.

Я попереджений(а), що в період отримання ЗПТ вживання алкоголю та інших наркотичних засобів та/або психотропних речовин може призвести до погіршення стану мого здоров'я.

Я попереджений(а), що метадон може впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами, порушувати психічні та/або фізичні здібності.

При вживанні бупренорфіну є ризик сонливості, пов'язаний з прийомом препарату. Особливо цей ризик підвищується з одночасним вживанням алкоголю або прийомом засобів, що пригнічують центральну нервову систему.

Я попереджений(а), що відповідно до підпункту «б» пункту 2.9 розділу 2 Правил дорожнього руху, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 10 жовтня 2001 року № 1306, забороняється керувати транспортним засобом у хворобливому стані, у стані стомлення, а також перебуваючи під впливом лікарських препаратів, що знижують швидкість реакції і увагу.

У період отримання замісної підтримувальної терапії забороняється керувати транспортом та виконувати роботу, що вимагає швидкої реакції, точності рухів та перебування на висоті.

Я попереджений(а), що під час лікування заборонено:

відвідувати ЗОЗ для отримання ЗПТ у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;

вносити отримані препарати за межі кабінету/приміщення, де проводиться ЗПТ, крім випадків видачі цих препаратів для самостійного прийому пацієнтом в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома;

здійснювати будь-які незаконні дії з психотропними речовинами, наркотичними засобами або прекурсорами;

порушувати громадський порядок.

За порушення зазначених вимог участь у ЗПТ може бути припинена.

Я попереджений(а), що у разі пропуску прийому препарату більше 10 днів безперервно протягом місяця лікарем може бути прийнято рішення щодо припинення ЗПТ.

Текст цієї Інформованої згоди мною прочитаний, своїм підписом я підтверджую розуміння прочитаного та повну згоду з усім вищезазначеним.

\_\_\_\_\_  
(підпис пацієнта)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Генеральний директор  
Директорату громадського здоров'я  
та профілактики захворювань**

**Ірина РУДЕНКО**