

ZGODA
chorego na przyjmowanie doustne preparatu
SELOL

Prześlij skan tego dokumentu na e-mail: fundacja@goodlife.org.pl (T: 727 696 900)

Chory/a lub osoba podająca preparat choremu/j przyjmuje na siebie całkowitą odpowiedzialność
za skutki ewentualnych odstępstw od zalecanych dawek

Od 1992 roku nie odnotowaliśmy żadnych niepożądanych działań **SELOL (stg25)**. Przy podaniu pozajelitowym nie zaobserwowano jakiegokolwiek toksyczności, nawet w dawce 500 mg Se/kg masy ciała. Preparat w wyjątkowych przypadkach jest udostępniany chorym, którzy dobrowolnie wyrażą chęć jego przyjmowania oraz u których, zgodnie z opinią lekarską, nie ma innych metod rokujących wyleczenie.

Oświadczam co następuje:

1. SELOL otrzymuję z własnej inicjatywy i na moją prośbę.
2. Wyrażam chęć przyjmowania preparatu SELOL w związku ze stwierdzeniem u mnie choroby nowotworowej.
3. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wyników moich badań w publikacjach naukowych.
4. SELOL otrzymuję bezpłatnie i nie byłem/łam zobowiązany/na do żadnych innych świadczeń w związku z otrzymywaniem tego preparatu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że:
 - SELOL jest immunostymulantem, który zwiększa sprawność układu immunologicznego;
 - toksyczność SELOL w dawce jednorazowej dla szczura doustnie, wyrażona jako LD₅₀, wynosi 100 mg/kg masy ciała w przeliczeniu na selen. Nie ma toksyczności kumulacyjnej i SELOL nie jest mutagenny;
 - dawki jednorazowe SELOL, które mi zalecono, są około 350 razy mniejsze od LD₅₀ i praktycznie nie stwierdzono ich toksyczności;
 - dotychczas nie stwierdzono żadnych objawów niepożądanych, chociaż autorzy preparatu przyjmowali go codziennie w ciągu 28 miesięcy;
 - stosowanie selolu nie jest przeciwwskazane w jakimkolwiek innym sposobie leczenia choroby nowotworowej.
 - w przypadku zastosowania naświetlań promieniowaniem jonizującym SELOL pomaga szybko zlikwidować chorobę popromienną, lub jej uniknąć.
6. Otrzymałem(am) szczegółowe informacje nt dawkowania SELOL.
7. Zdaję sobie sprawę, że pewne ryzyko może jednak istnieć, podejmuję je z własnej woli i nie będę zgłaszał/a żadnych roszczeń, gdyby u mnie wystąpiły objawy niepożądane.
8. Nigdy nie namawiano mnie do rezygnacji z leczenia zalecanego przez specjalistę onkologa. Zobowiązano mnie, żeby przyjmowanie SELOL uzgodnić z lekarzem onkologiem.

Dane personalne chorej/chorego
(uprzejmie proszę o czytelne wpisywanie danych)

Nazwisko i imię

Data i mce urodznr pesel.....

Adres zamieszkania:

adres dostawy SELOL:.....

e-mail.....nr tel kontakt.....

Data: 2022./...../..... Podpis /imię i nazwisko/.....