ГЛАСЪТ НА ПАЦИЕНТА ВЪВ ФОКУСА НА КЛИНИЧНАТА ЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ

С. Александрова-Янкуловска

Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – Плевен

THE VOICE OF THE PATIENT IN THE FOCUS OF CLINICAL ETHICS CONSULTATION

S. Aleksandrova-Yankulovska

Faculty of Public Health, Medical University – Pleven

Резюме. *Етичната консултация е услуга, предоставяна от индивид или група, за подпомагане на пациентите, семействата, законовите представители, медицинските професионалисти или други въвлечени страни да адресират несигурността или конфликта на ценности, които възникват в специфични клинични случаи. Целта на публикацията е да представи възгледите на пациента за различни аспекти на етиката в клиничната практика – от традиционните взаимоотношения „лекар–пациент” до желания на пациента в гранични области на медицината (вземане на сперма след смъртта на пациента, замразяване на яйцеклетки по социални индикации, донорство на ембриони, лечение в интерес на близките), и как те са адресирани в рамките на клиничната етична консултация. Публикацията е инспирирана от докладите и дискусиите на X международна конференция по клинична етична консултация, състояла се от 24 до 26 април 2014 г. в Париж. Клиничната етична консултация е необходима за разбиране на моралната точка на другия, когато тя е коренно различна от нашата собствена. Етичният консултант не може да говори с гласа на пациента, а трябва да го „преведе“ на останалите участници. Той трябва да се убеди, че гласът на пациента е чут и че ценностите и вярванията му са взети под внимание. Консултантът не трябва да се натрапва във взаимоотношенията на лекаря и пациента, а да се фокусира върху благополучието на пациента като краен изход от етичната консултация.*

Ключови думи: *биоетика, клинична етична консултация, глас на пациента, етичен консултант*

Summary. *Ethical consultation is a service provided by an individual or group to help patients, families, surrogates, health care providers, or other involved parties to address uncertainty or conflict regarding value laden issues that arise in specific clinical cases. The aim of this paper is to present patient's view on different aspects of ethics in clinical practice, from traditional physician-patient relationships to desires of patients on the frontiers of medicine (post mortem sperm retrieval, social egg freezing, embryo donation, treatment in the benefit of relatives) and how they are addressed in clinical ethics consultation. The paper is inspired by the reports and discussions during the 10th International Conference on Clinical Ethics Consultation hold between 24th and 26th of April 2014 in Paris. Clinical ethics consultation is necessary for understanding the moral viewpoint of the other when it is too different from our own view. The ethical consultant cannot speak with the voice of the patient but should help to "translate" it to the others. He should work to assure that the voice of the patient is heard and patient's believes and values are kept in view. The consultant should not intrude on the physician-patient relationships but should keep the focus on the welfare of the patient.*

Key words: *bioethics, clinical ethics consultation, patient's voice, ethical consultant*

Въведение

Клиничната етична консултация е услуга, предоставяна от индивид или група, за подпомагане на пациентите, семействата, законовите представители, медицинските професионалисти или други въвлечени страни да адресират несигурността или конфликта на ценности, които възникват в специфични клинични случаи [4, 5, 8]. Клиничната етична консултация не е абстрактна, а представлява дейност, насочена към решаване на конкретен проблем. Тя е част от развиващи се взаимоотношения и се предоставя за тези, които са отговорни за вземане на решение в клиничната практика.

Целите на клиничната етична консултация са:

– Подпомагане на комуникацията;

– Медииране на конфликти;

– Идентифициране на етични варианти на поведение;

– Предоставяне на етична аргументация;

– Препоръка на стратегии;

– Потвърждаване или оспорване на гледни точки;

– Интерпретиране на приложението на институционална политика към конкретен случай;

– Предоставяне на образователни източници;

– Емоционална подкрепа [9].

Клиничната етична консултация е насочена към подпомагане на идентифицирането и анализа на естеството на ценностния конфликт или несигурността, които са я наложили, и впоследствие – подпомагане на изграждането на „консенсус“ сред въвлечените страни или достигане до „принципно етично решение“ [3].

Какво налага развитието на етични консултантски услуги? Естественият ход на социалната институционализация на биоетиката като наука преминава през няколко фази:

– утвърждаване като академична дисциплина (70-те години на XX век в САЩ);

– създаване на неправителствени организации и асоциации;

– издаване на научна периодика и организиране на научни форуми на биоетиците;

– развитие на консултантски услуги.

Консултантските услуги представят фазата на интегриране на академичната дисциплина в клиничната практика, към която биоетиката е изначално ориентирана. Необходимостта от развитие на клинична етична консултация е породена от комплексността на решенията в съвременната клинична практика, конфликта на ценности, множествените гледни точки, времевото ограничение за предприемане на действие.

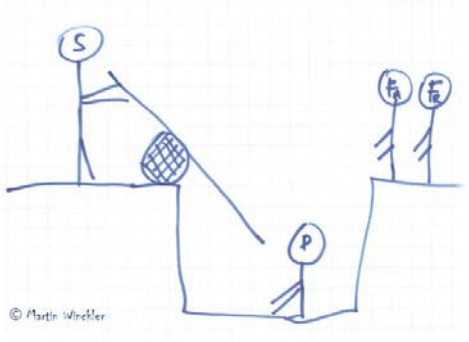
Същевременно в средата на XX в. станахме свидетели на промяната в традиционните модели на взаимоотношения „медицински професионалист–пациент” в посока уважение на автономността на пациента. Декларирани бяха на международно и национално ниво правата на пациента [21] и включването му във вземането на терапевтични решения се превърна в неотменна отговорност. Да се чуе гласът на пациента обаче невинаги е лесно.

Целта на настоящата публикация е да представи възгледите на пациента за различни аспекти на етиката в клиничната практика – от традиционните взаимоотношения „лекар–пациент” до такива желания на пациента, които често попадат в граничните области на медицината, и как те са адресирани в рамките на клиничната етична консултация. Публикацията е инспирирана от докладите и дискусиите на X международна конференция по клинична етична консултация, състояла се от 24 до 26 април 2014 г. в Париж.

Обсъждане

Наново за взаимоотношенията „лекар–пациент”

Класическите взаимоотношения „лекар–пациент” са асиметрични. В духа на патернализма тази асиметрия е аргументирана с различното ниво на познания на двете страни [19]. Равенството във взаимоотношенията обаче не се гради само на еднакви знания, а на взаимно уважение и моралност. Съвременният пациент търси взаимоотношения на споделяне, а не на упражняване на власт. Етичната консултация може да подпомогне изграждането на такъв тип взаимоотношения, както и включването във взаимоотношенията на останалите медицински професионалисти и близките на пациента (фиг. 1).



Фиг. 1. Взаимоотношения с пациента (рисунката е предоставена лично от автора Martin Winckler). *Вляво е лекарят, а в пропастта е пациентът. Лека-*

рят използва познанията си и опита си, за да помогне на пациента да излезе от пропастта. Лостът символизира опита на лекаря, а подпората – неговите знания. Вдясно, семейството и приятелите наблюдават процеса и пациентът търси тяхната подкрепа. Знанията и опитът трябва да са видими и ясно формулирани, за да могат всички (включително и непрофесионалистите, участващи в обгрижването на пациента) да ги използват, ако е необходимо. Мисията на лекаря е да се измъкне пациента на повърхността, да не се допусне „потъването му". Всички действащи лица изглеждат еднакво, за да се подчертае, че те трябва да бъдат равнопоставени в терапевтичните взаимоотношения.

В този ред на мисли, огромен интерес на X конференция по клинична етична консултация предизвика предложеният от Martin Winckler[1] *Етичен кодекс на пациента*, който синтезира в себе си многоликостта на взаимоотношенията „лекар–пациент".

Етичен кодекс на пациента[2]

1. Аз съм пациент, твой равен, и аз съм те избрал да се грижиш за мен. В отговор на моето доверие, ти поемаш отговорност да се грижиш за мен с лоялност, защото аз не се нуждая от отношения, основани на сила, а от подкрепа, подпомагане и споделяне.

2. За да ме лекуваш по-добре физически и психически, ти ще използваш своите познания, умения, интелект и хуманност и ще се стремиш да не ме нараняваш.

3. Ще уважаваш личността ми във всичките ѝ измерения, независимо от възрастта, пола, произхода, социалното ми положение, моята култура, ценности и вярвания и моите предпочитания. Ако твоите ценности се различават от моите до такава степен, че не можеш да се грижиш за мен, ще ми помогнеш да получа грижи от друг квалифициран лекар.

4. Ти ще си мой довереник и свидетел на оплакванията, страховете и надеждите ми. Не ги пренебрегвай, омаловажавай, изопачавай или им давай гласност без моето съгласие и не ги използвай срещу мен. Ти ще бъдеш моят „преводач" и говорител, този, който ще говори от мое име, но не вместо мен. Няма да ме подлагаш на разпит и няма да ме мамиш.

5. Ще споделяш с мен безрезервно цялата информация за мен. Аз трябва да разбера и подкрепя това, което се случва с мен, и да се изправя пред това, което ще ми се случи. Ти ще отговориш търпеливо на всички мои въпроси, няма да ме ограничаваш с мълчание и да ме оставяш в незнание.

6. Ти ще ми помагаш да взема решение за себе си, информирайки и направлявайки ме. Никога няма да възпрепятстваш свободата ми чрез заплахи, изнудване, измама, оскърбление, манипулация, обвинение, срам и съблазън. Няма да ме заблуждаваш по отношение на уменията и ограниченията ти. Няма да злоупотребяваш с мен и да встъпваш в сексуални взаимоотношения с мен.

7. Ще ме подкрепяш не само за справяне със заболяването, но и ще ме защитаваш от всички, които могат да се възползват от състоянието ми. Ти няма да бъдеш техен съучастник или слуга. Ти ще отказваш на всеки – включително и на мен – да те купува или използва.

8. Ти ще ми помагаш да се боря срещу несправедливост, която ме възпрепятства да получавам грижи. Ти ще уважаваш и ще се подчиняваш на законите, които ме защитават. Ти ще поддържаш знанията си на съвременно ниво и ще се бориш с реакционерството.

9. Ти ще уважаваш всички медицински професионалисти, които полагат грижи за мен, независимо от тяхното положение, обучение, практика, и ще работиш в съгласие с тях, защото аз се нуждая от лекари, които работят заедно, неотчуждени от йерархични борби.

10. Ти ще полагаш грижи и за себе си със същата отговорност и лоялност, както се грижиш за мен, защото аз не се нуждая от лекар, който се жертва за мен. Аз се нуждая от професионалист, който се грижи за мен с удоволствие [20].

Желания на пациентите на границите на медицината

Напредъкът на медицинските технологии и желанията на пациентите да се възползват от тях като че ли са вплетени в един порочен кръг.

[1]Френски лекар и писател с трудове в областите: френска здравна система, терапевтични взаимоотношения и контрацепция
[2]Със специалното разрешение на автора Martin Winckler

От една страна, изконната ценност в медицината – да се помага на пациентите – стимулира развитието на нови техники за разрешаване на медицинските проблеми. От друга страна, самото наличие на нови възможности „изкушава“ пациентите да се възползват от тях. Границата между медицински възможното и морално приемливото все повече се размива.

Подход в случай на молба за вземане на сперма след смъртта на лицето

Позициите по въпроса за вземане на сперма след смъртта на лицето са противоречиви в различните държави. В Германия, Швеция, Франция е налице забрана на такава процедура. Англия и Австралия, от друга страна, изискват приживе изразено писмено съгласие от лицето. В САЩ въпросът не е уреден законово. При случаите на искане за вземане на сперма след смъртта на лицето се преплитат етични дилеми в сферата на правото на възпроизводство и телесния интегритет.

Етична консултация се търси най-често при случаи, в които липсва изрично съгласие на лицето за процедурата, липсва законен брак с жената, която иска вземането на сперма, и има съмнения за оказван натиск върху нея от други членове на семейството. Тези случаи обикновено са силно емоционално натоварени и в кратък период трябва да се вземе решение, което да балансира интересите на мъртвия донор и партньорката му.

Подходите са различни в различните институции. Някои се ограничават с косвени данни, че лицето би искало да е баща, други държат на официално оформено изрично съгласие за вземане на сперма, дори и след смъртта. Допълнително може да се изисква и законно сключен брак, както и времево ограничение за употребата на спермата [12]. Интерес обаче предизвиква фактът, че дискусиите като че ли изключват благополучието на детето, което евентуално би било създадено с този генетичен материал. Това е поредно потвърждение на разликата в американската и европейската биоетична школа и приоритета, който първата дава на уважението на автономността на пациента пред благодеянието.

Замразяване на яйцеклетки по социални причини

Става дума за практика, при която здрави, млади жени замразяват яйцеклетките си с цел да ги използват в по-късна възраст за репродукция чрез инвитро фертилизация (IVF) и по този начин да удължат репродуктивния си период. Свободното въвеждане на такава „услуга“ в IVF центровете повдига редица етични въпроси:

– Неинформираност за естествените граници на фертилността и рисковете от късните бременности [13], т.е. класически конфликт на принципите на уважение на автономността и благодеяние.

– Индиректен натиск върху жените да вземат такова решение, ако такава практика е налична.

– Трябва ли такава IVF да се поема от здравното осигуряване? Трябва ли да има разграничение от замразяването на яйцеклетки по медицински индикации?

– Намаляването на фертилитета с напредване на възрастта медицински проблем ли е? Ако отговорът е да, то би трябвало да пристъпим към замразяване на яйцеклетките по социални причини.

– Начин ли е това за постигане на по-голямо равенство между половете, при което жените няма да са притиснати от „биологичния си часовник“ и могат да чакат „своя принц“ колкото е необходимо? [11].

– Не е ли по-добре да въздействаме на социалните норми, които репресират жените, вместо да насърчаваме жените да се адаптират към морално неприемливи норми?

Процедурата на замразяване на яйцеклетки по социални индикации времево е разделена на два етапа. Първият етап включва хормонална стимулация при здрава жена, добиване на яйцеклетките и тяхното замразяване. Вторият етап включва размразяване и оплождане на яйцеклетките и може да се състои или не в зависимост от жизнения път на жената. А ако замразените яйцеклетки се окажат „излишни“, каква ще бъде съдбата им?

Гласът на пациента при IVF, пледиращ за НЕанонимно донорство на ембриони

Конфликтът между правото на всеки човек да познава биологичните си родители и правото на донора на анонимност е отдавна дискутиран в светлината на донорството на сперма за асистирана репродукция и в някои европейски страни бяха приети закони, отменящи гарантираната ано-

нимност на донорите на сперма (Великобритания, Германия, Дания, Холандия, Финландия) [1]. Паралелно се дискутира и съдбата на „излишните ембриони“. Уникален шанс е на научен форум да могат да се чуят както гласовете на учените, така и гласът на пациента по тези въпроси.

Emilie Guerin разказа историята си на пациентка в програма за инвитро фертилизация. Преминала през всички изпитания на процедурата, в крайна сметка двойката се сдобива с 3 ембриона, един от които е имплантиран, а останалите два са замразени. Бременността завършва успешно, а 3 години по-късно след зачеване по естествен път двойката дава живот на още едно дете. С това репродуктивният им план е изпълнен и двата замразени ембриона се оказват „излишни“. Междувременно всяка година съпрузите получават писмо от инвитро центъра с въпрос каква биха искали да е съдбата на техните ембриони – да продължат да ги съхраняват, да ги дарят на друга двойка, да ги дарят за изследователска работа или да бъдат унищожени. Знаейки с какви усилия са се сдобили с тези ембриони, двамата родители искат да им дадат шанс за живот и решават да ги дарят на друга двойка. При разясняване на процедурата генетичните родители узнават, че дарението става при спазване на абсолютна анонимност. Това условие се оказва неприемливо в случая, тъй като Емили и съпругът ù изпитват отговорност като генетични родители и не искат да бъдат причина за евентуално бъдещо страдание на децата, които биха били неспособни да определят идентичността си [14]. Пациентката пледира за промяна в законодателството, която да допуска достъп до информация за биологичния произход. Така изказаната и защитена гледна точка е в противоречие с доминиращите в литературата данни за стремеж за запазване на анонимност, но тази рамка вече се оборва и у нас [2].

Отворени остават редица спорни въпроси:

– Каква би била ролята на генетичните родители в живота на детето, което ги познава?

– Трябва ли да бъдат поставени ограничения пред такова евентуално право на получаване на информация за генетичния произход?

– Как такова право би се съвместило с правото на личен живот на семейството, отгледало детето „като свое“? Това би ли довело до „отлив“ от използване на донорски материал поради страх в приемните родители за намеса в бъдещия им живот?

Лечение в интерес на близките на пациента

Напредъкът на медицинските технологии постави нови етични дилеми и в края на живота. Традиционният модел на вземане на терапевтични решения е пациент-центриран (фиг. 2) и е базиран на принципите на уважение на автономността на пациента и благодеяние.



Фиг. 2. Семейноцентриран подход срещу пациент–центрирана медицина

В случаите, когато пациентът вече не може да взема решения за себе си, в съображение влиза правилото на заместващо решение от законния представител (най-често близък роднина). Как обаче да постъпи екипът, ако законният представител настоява за грижи, които вече не носят никаква полза за пациента? Такава ситуация е проблем не само между екипа и законния представител, но и вътре в екипа, когато сестринският персонал не се чувства комфортно с продължаването на лечението, смята, че пациентът понася тежести, и влиза в ролята на защитник на правата на пациента [17].

Императивът на Кант гласи: „*Гледай на другите като на личности, а не като на средства за постигане на собствени цели“ [16]*, което, приложено към случая с лечение единствено „за успокоение на близките“, би трябвало да означава забрана на инструментализацията на пациента заради семейството.

Ausilio прави препратка към казуса на обичания брат [7], при който сестрата на пациента в ролята на законен представител настоява за продължаване на животоподдържащо лечение независимо от липсата на перспектива за брат ѝ. Сестринският персонал не желае да продължава „да измъчва“ пациента и става инициатор на свикване на етична консултация. До решение за спиране на лечението се стига, след като се разяснява на сестрата ролята ѝ на законен представител, необходимостта да вземе решение от гледна точка на пациента, а не от своя собствена [18] и в съответствие с ценностите на пациента, който всъщност при редките моменти на съзнание е задавал въпроса: „Защо ми причинявате това?“. Ролята на екипа за етична консултация в този случай е била да разбере мотивите на законния представител да иска продължаване на безперспективно лечение, да разясни смисъла на заместващото решение и да подчертае, че прекъсването на лечението не е акт на „изоставяне“ на пациента [6].

R. Jox предлага няколко условия, при които „лечение в интерес на близките“ би било допустимо:

– Предполагаемо съгласие на пациента (верифицирано от повече източници);

– Значима полза за близкия (в психологичен план);

– Близка връзка между пациента и семейството, при която двете страни зависят една от друга;

– Минимален риск за пациента [15].

Заключение

Клиничната етична консултация е необходима за разбиране на моралната точка на другия, когато тя е коренно различна от нашата собствена. Кои пациенти „чуваме“ при етична консултация? Най-често това са т.нар. *средна категория* пациенти, при които е налице умерена степен на несъгласие между въвлечените страни. Причините невинаги да „чуваме“ гласа на пациента може да са от различно естество: невъзможност на самия пациент да говори, страдание на пациента, страх, срам, стеснителност, твърде голям респект към лекаря, опасения да не бъде обвинен от лекарят.

Етичният консултант не може да говори с гласа на пациента, а трябва да подпомогне изразяването на гласа на пациента, да го „преведе“ на останалите участници [10]. Той трябва да се убеди, че гласът на пациента е чут, че ценностите и вярванията му са взети под внимание. Консултантът не трябва да се натрапва във взаимоотношенията на лекаря и пациента, а да се фокусира върху благополучието на пациента като краен изход от етичната консултация.

Библиография

1. Александрова-Янкуловска, С. Биоетика. Плевен, Изд. център на МУ - Плевен, 2013.

2. Петрова, М. П. За правото на установен произход и служебната тайна при асистираната репродукция. – Юбилейна научна конференция „Обществено здравеопазване – традиции и перспективи“, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, Факултет „Обществено здравеопазване“, 30-31 май 2014 г., Варна.

3. ASBH Core Competencies Task Force. Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities. Glenview, IL: American Society for Bioethics and Humanities; 2nd ed. 2011.

4. Aulisio, M. P. et R. M. Arnold. The Role of Ethics Committees: Helping to Address Value Conflict or Uncertainty. - Chest, **134**, 2008, № 2, 417-424.

5. Aulisio, M. P. Ethics Consultation: Is it Enough to Mean Well? – Healthcare Ethics Committee Forum, **11**, 1999, № 3, 208-217.

6. Aulisio, M. P. The patient's voice in the clinical ethics consultation. Plenary session. 10th International conference on clinical ethics consultation, Paris, 24th of April 2014.

7. Aulision, M. P. Meeting the need: Ethics Consultation in Health Care Today. The case of the beloved brother: "I know why you are here?". - In: Ethics Consultation from Theory to Practice. M. P. Ausilio, R. M. Arnold and S. J. Younger (Eds.) Baltimore, The John Hopkins University Press, 2003, 3-19.

8. Aulisio, M. P., R. M. Arnold et S. J. Youngner. Health care ethics consultation: A position paper from the Society for Health and Human Values - Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. – Ann. Intern. Med., **133**, 2000, №1, 59-69.

9. Barron, J. B. et E. E. Kim. Ethical dilemmas in today's nuclear medicine and radiology practice. – J. Nucl. Med., **44**, 2003, 1818-1826.

10. Boitte, P. The role of the clinical ethicist in the hospital. – Med. Health Care Philos., **1**, 1998, 65-70.

11. Caenazzo, L. Piblic "social egg freezing" in Italy: women's desire or women's right? Report. Session: Using gamete donation: to what ends? 10th International conference on clinical ethics consultation, Paris, 25th of April 2014.

12. Flicker, L. Considering an approach to request for post mortem sperm retrieval. Report. Session: Patients' wishes at the "frontiers" of medicine. 10th International conference on clinical ethics consultation, Paris, 24th of April 2014.

13. Galst, G. P. What's a young woman to do? The pros and cons of social egg freezing. – American Fertility Association – Retrieved on 8th of June 2014. Available in Internet at: http://

www.theafa.org/article/whats-a-young-woman-to-do-the-pros-and-cons-of-social-egg-freezing/

14. Guerin, E. In favour of non-anonimous donation. Report. Session: Using gamete donation: to what ends? 10th International conference on clinical ethics consultation, Paris, 25th of April 2014.

15. Jox, R. The voice of the patient and the interests of patient's relatives. Report. Session: Proxies and families in clinical ethics. 10th International conference on clinical ethics consultation, Paris, 25th of April 2014.

16. Kantian ethics. Retrieved on 5th of June 2014. Available at: http://www.csus.edu/indiv/g/gaskilld/ethics/Kantian%20Ethics.htm.

17. Otto, S. Nursing Ethics: Request an ethics consult to resolve dilemmas. – Nursing Critical Care, **2**, 2007, № 4, 18-20.

18. Reiter-Theil, S. Balancing the perspectives. The patient's role in clinical ethics consultation. – Med. Health Care Philos., **6**, 2003, № 3, 247-254.

19. Tomasini, F. Can we trust the traditional doctor-patient relationship? – In: GLEUBE Globalising European Bioethics Education. Retrieved on 7th of June 2014. Available at: http://www.gleube.eu/papers/trust-the-doctor-patient-relationship.htm

20. Winckler, M. Parole du patient, éthique du soignant. Par MZ/MW, Conférence Internationale d'éthique Clinique, Paris 2014. Article du 27 avril 2014. Retrieved from: http://martinwinckler.com/spip.php?article1139.

21. World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient. Adopted by the 34th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981, and amended by the 47th WMA General Assembly, Bali, Indonesia, September 1995, and editorially revised at the 171st Council Session, Santiago, Chile, October 2005.

✉ *Адрес за кореспонденция:*
Доц. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, дм
Факултет по обществено здраве
Медицински университет
ул. „Св. Климент Охридски" № 1
5800 Плевен
✆ 064 884196
e-mail: silviya_aleksandrova@hotmai.com

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

АБОНАМЕНТЕН СПИСЪК – 2015

Заглавие	Перио-дичност	Годишен абонамент в лв.
Acta Medica Bulgarica (на англ. език)	2	20
Акупунктура	2	14
Български медицински журнал	3	30
Детски и инфекциозни болести	2	16
Ендокринни заболявания	3	21
Медицински мениджмънт и здравна политика	4	28
Медицински преглед	6	48
Неврология и психиатрия	2	14
Обща медицина	4	32
Сестринско дело	3	24
Съвременна стоматология	3	30
Сърдечно-съдови заболявания	3	30

За контакти:
Д. Андреева, Сн. Стоянова, Й. Везирова
ОТДЕЛ НАУЧНА МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ
(сградата пред Администрацията на Александровска болница)
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА
ул. "Св. Г. Софийски" № 1, 1431 София
✆ (02) 952-59-20, 952-05-15, 952-16-45, 952-23-93
Стойността на абонамента може да се преведе и с пощенски запис, или по сметка ЦМБ – IBAN BG 31 BPBI 7940 3163 9820 01, ЮРОБАНК И ЕФ ДЖИ БЪЛГАРИЯ, BIC код: BPBIBGSF, ЕИК 8313857370087.