

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
в ООО « _____ »
НА ВЗЯТИЕ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения,
добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения диагностики и стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на взятие крови из вены. Медицинский персонал Исполнителя подробно ознакомил меня с целями и правилами забора крови из вены. Целью забора крови из вены является проведение медицинских анализов по назначению врача, а также получение крови для последующего использования при хирургических вмешательствах в полости рта. Данные медицинские услуги оплачиваются согласно прайсу клиники Исполнителя. Различные анализы могут иметь различную стоимость по прайсу. Также полученная при взятии кровь может использоваться для получения сразу нескольких анализов. Исполнитель использует только одноразовый инструментальный для пункции и получения крови из вены.

Мне разъяснили, что кровь из вены будет взята у меня посредством прокола кожи и вены кисти или предплечья - путем проведения мне венепункции с последующим взятием крови.

Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции как в момент пункции, так и после нее.

Я проинформирован(а) о возможности проведения неоднократной повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены, делающими невозможным получение необходимого для анализа или иного использования количества крови. Я уведомлен(а), что в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены, данная манипуляция может быть отложена и проведена в другое посещение клиники Исполнителя.

Я проинформирован (а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой, утрата чувствительности определенного фрагмента кожи по ходу поврежденного пункцией нерва. Меня уведомили, что при появлении любых признаков осложнений мне необходимо срочно обратиться к врачу для получения дальнейших назначений и не рекомендовано никаких лечебных мероприятий, которые следует проводить самостоятельно без консультации с врачом. После пункции мне необходимо согнуть руку в локтевом суставе и удерживать стерильный ватно-марлевый тампон (пластырь) в месте пункции не менее 10 минут.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Я согласен(а), что манипуляция взятия крови из вены болезненна и может выполняться в том числе и с применением местной анестезии, я также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю согласие на госпитализацию в специализированное лечебное учреждение.

Я предупрежден(а) о режиме после взятия крови из вены и рекомендациях: не удалять лечебную повязку ранее чем через 20 минут после процедуры, держать руку согнутой в локтевом суставе не менее 10 минут после процедуры, при появлении отека, боли, увеличивающейся гематомы, кровотечения не греть, не смазывать, не заниматься самолечением и незамедлительно обратиться к врачу.

Я уведомлен(а) о возможных последствиях при нарушении режима, а также при возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

_____ " _____ г.
(дата оформления)

Образец