

ООО «_____»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ, ВНУТРИВЕННЫЕ И ПОДКОЖНЫЕ ИНЪЕКЦИИ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о предстоящих медицинских вмешательствах.

Согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве и не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ее ненадлежащее оказание.

Я, _____
На основании статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», получив разъяснения по поводу предстоящей манипуляции, даю добровольное согласие на проведение внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций лекарственных препаратов в ООО «_____»

Решение вопроса о методе и объеме манипуляции, а также о выборе необходимого для моего лечения лекарственного препарата (препаратов) доверяю медицинскому персоналу клиники.

Я согласен(а) с тем, что количество процедур будет определяться в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, а также целевым назначением манипуляции.

Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Место для проведения внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций лекарственных препаратов выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти, плечо, верхненаружный квадрант ягодицы. Во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные ситуации, аллергические реакции и осложнения, требующие медицинской помощи, а также обстоятельства, препятствующие выполнению данной манипуляции или выявиться ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В связи с этим уполномочиваю медицинский персонал клиники выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций и осложнений.

Я сообщаю медицинскому персоналу клиники о наличии у меня аллергических реакций на следующие лекарственные препараты: _____

Я осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции: аллергические реакции, отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околососудистые ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль, побочные действия и осложнения, описанные в инструкциях к применяемым лекарственным препаратам и их компонентам.

Я согласен(а), что манипуляция инъекции 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 поведения 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 всех медицинских терминов, упомянутых в нем и даю добровольное согласие на проведение внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций лекарственных препаратов в ООО «_____»

"_____" "_____" 20 ____ г.

Пациент: _____

Врач: _____

Образец