# ИНФОРМИРОВАННОЕСОГЛАСИЕ

# НА МАНИПУЛЯЦИЮВЗЯТИЯ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со *ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*, сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, **,** даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены в ООО «Стоматология на Таганке». Решение вопроса о методе и объеме манипуляции доверяю медицинскому персоналу клиники.

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

Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Мест для взятия крови из вены выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти. Во время манипуляции взятия крови из вены могут возникнуть непредвиденные ситуации 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.

Яосведомлен(а)обовсехвозможныхосложнениях,которыемогутпроизойтивовремяипослеманипуляции взятия крови из вены: отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околовенозные ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль.

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.

Яудостоверяю,чтотекстданногоинформированногосогласиямноюпрочитан,полученныеобъясненияменяудовлетворяют,мнепонятноназначениеданногодокументаидаюдобровольноесогласиена проведение манипуляции взятия крови из вены.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г