# ООО «Авторская стоматология Терновых»

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

# НА МАНИПУЛЯЦИЮ ВЗЯТИЯ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ

*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 манипуляции взятия крови из вены в ООО «Авторская стоматология Терновых»

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 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 осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции 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.

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.

" " 20 г.

# Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_