**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на забор крови из вены/медикаментозную инъекцию (нужное подчеркнуть)**

*(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ*

*«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)*

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласна с названными мне условиями его проведения

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\*Я, ,

(фамилия, имя, отчество полностью) паспорт: , выдан

« » г.,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным

(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Код по номенклатуре | Вид вмешательства/услуги | Количество |
| 1  2  3 | A11.12.009  [A11.12.003](https://kiberis.ru/?p=70213" \t "_blank)  [A11.02.002](https://zdravmedinform.ru/nomenclatura-meditcinskikh-uslug/a11.02.002.html" \t "_blank) | Взятие крови из периферической вены  Внутривенное введение лекарственных средств  Внутримышечное введение лекарственных средств |  |

Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.

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.

Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими

сложностями, возникшими при заборе крови из вены, функциональными особенностями организма (глубокое расположение и особенности строения стенки сосудов).

Со своей стороны я высказал(а) все жалобы, назвал(а) все имеющиеся у меня отклонения от нормы, особые

реакции моего организма (головокружения и обмороки при заборе крови, наличие аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных ранее перенесенных флебитах, коагулопатий и пр, используемые мною в настоящее время медикаменты (антикоагулянтов, дезагрегантов или НПВС). Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

« » 202 г. Подпись пациента

« » 202 г. Подпись врача/медицинской сестры

\*Данный раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет, недееспособных граждан и на несовершеннолетних граждан, не достигших возраста 16 лет, больных наркоманией.