

Информированное добровольное согласие на взятие крови из периферической вены

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

взятие крови из периферической вены

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный центр спортивной медицины Федерального медико-биологического агентства»**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены сведения о цели данного действия, технология и возможные варианты выполнения процедуры, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

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/ лица, законным представителем которого я являюсь отклонения от нормы, особые реакции моего/ лица, законным представителем которого я являюсь организма (головокружения и обмороки при заборе крови; наличие аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; ранее перенесенные флебиты, коагулопатии), а также, используемые мною/ лицом, законным представителем которого я являюсь в настоящее время медикаменты (антикоагулянты, дезагреганты или НПВС). Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«___» _____ г.
(дата оформления)