

Информированное добровольное согласие на лабораторные методы обследования

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина , год рождения — полностью)

проживающий /ая по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я (ФИО и дата рождения законного представителя), паспорт (серия ,номер): _____ выдан: _____

зарегистрированный по адресу: _____

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

(указывается в случае проживания не по месту регистрации) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. _____ ребенка _____ или _____ недееспособного _____ гражданина _____ полностью, _____ год _____ рождения _____)в _____ отношении _____

(Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента, проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю согласие на оказание медицинской помощи в ООО «МДЦ Импульс »

-Я получил разъяснения о необходимости назначенных лабораторных методов обследования;

-Я даю информированное добровольное согласие на осуществление следующих видов медицинских вмешательств: лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, молекулярно-биологические, а также взятие капиллярной и венозной крови для их проведения;

-Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении;

-Мне разъяснено, что взятие крови для лабораторного исследования представляет собой способ забора биологического материала для лабораторного исследования, а взятие крови из вены осуществляется в процедурном кабинете медицинской организации;

-Взятие крови из вены осуществляется следующим образом. Пациент должен сидеть или лежать, его рука должна находиться в расслабленном, вытянутом состоянии ладонью кверху; под локоть пациента подкладывается небольшой валик или подушечка; на 10 см выше локтевого сгиба накладывается жгут, затем пациент сжимает на несколько секунд кулак. После этого медицинский работник находит вену, определяет место пункции, тщательно дезинфицирует его спиртовым раствором, с помощью натяжения кожи фиксирует вену. Затем игла начинает вводиться под углом 25-30 град. к поверхности кожи; после того, как она попадает в вену, угол введения снижается до 10-15град. и игла продвигается еще на несколько миллиметров, затем жгут снимается и пациент должен расслабить кулак. После взятия необходимого количества крови место забора зажимается стерильной салфеткой, а игла аккуратно извлекается из вены. На место взятия крови накладывается давящая повязка или бактерицидный пластырь, пациенту необходимо какое-то время держать руку согнутой в локте;

-Мне разъяснено, что противопоказаниями для взятия крови из вены являются: судороги; возбужденное состояние пациента; гемофилия (нарушение свертываемости крови);

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

-Мне разъяснено, как и при любой внутривенной инъекции, могут возникнуть осложнения, такие как повреждение нерва, артерии или вены, образование гематомы в месте пунктирования; тромбофлебит (воспаление вены с образованием тромба); обморок; в редких случаях инфицирование раны. При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу;

-Я подтверждаю, что поставил в известность лечащего врача о всех проблемах со здоровьем (в том числе о ВИЧ, сифилисе, гемофилии, гепатитах С и В);

-Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) 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», а так же разъяснены последствия отказа. В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ;

-Я осведомлен что медицинские вмешательства включенные в Перечень могут быть получены мною в рамках обязательного медицинского страхования в государственных структурах здравоохранения, согласно ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

-Я получил(а) информацию о необходимости оплаты исследования, в том числе в случаях расхождения между видами исследований, указанных в направлении лечащего врача, в списке услуг, оплачиваемых медицинской страховой компанией и теми исследованиями ,которые я считаю лично необходимым провести;

-Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан. Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют.

Я, _____

(Фамилия Имя Отчество),

, согласен(а) на проведение лабораторных обследований.

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Процедурная медсестра

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____ 20__ г.