

**Информированное добровольное согласие на парентеральное введение препаратов**

**(внутрикожно , подкожно , внутримышечно, внутривенно)**

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 от лечащего врача необходимости назначенных лекарственных препаратах и выбранном пути введения;

-Мне в доступной и понятной форме лечащим врачом , назначившим препараты ,разъяснён ожидаемый лечебный эффект от препарата и  
возможные побочные действия , связанные с непосредственным применением выбранных лекарственных средств

\_\_\_\_\_ (наименование препарата ,доза, область введения);

-Мне разъяснено, что представляет собой способ введения препарата;

\*Внутрикожное введение осуществляется следующим образом: непосредственное место инъекции обрабатывается стерильным шариком/салфеткой с антисептиком , кожа предплечья пациента фиксируется . Введение иглы снизу вверх под углом 15 градусов на длину самого среза, кожа срезом иглы приподнимается в виде "палатки" и таком положении иглы вводится назначенную дозу лекарственного вещества, игла извлекается;

\*Подкожное введение осуществляется следующим образом: Выбранное место инъекции обрабатывается стерильным шариком, смоченным антисептиком, кожа в месте инъекции собирается в складку ,игла под углом 30-40° в основание складки срезом вверх, медленно вводится лекарственное вещество. Сухим стерильным шариком место инъекции прижимается и быстрым движением извлекается игла;

\*Внутримышечное введение осуществляется следующим образом: Пациент занимает удобное положение (лёжа на животе или на боку, стоя). Область инъекции обрабатывается стерильными ватными шариками, смоченными в растворе антисептика , кожа пациента в месте инъекции натягивается;(если больной истощён, кожу собирают в складку) , игла под углом 90° к месту инъекции, затем медленно плавно вводится лекарственный раствор. По окончании введения к месту инъекции прижимается стерильный ватный шарик, смоченный антисептиком, и быстрым движением игла удаляется ;

\*Внутривенное введение может проводиться капельно или струйно и осуществляется следующим образом : Пациент занимает удобное положение (лёжа или сидя) , на область плеча/предплечья накладывается жгут поверх одежды, пациентом проводятся несколько сжиманий кисти в кулак, который впоследствии фиксируется в сжатом состоянии. Затем область венепункции обрабатывается салфетками/ватными шариками с антисептическим раствором, кожа пациента в области венепункции натягивается, фиксируя вену. Иглу срезом вверх, а затем параллельно коже вводят в вену ,жгут развязывается / ослабляется ,пациент разжимает кулак. Вводится лекарственный препарат струйно или капельно .По окончании процедуры к месту инъекции прижимается салфетка или ватный шарик с антисептическим раствором на 5-7 минут ,игла извлекается , асептическая повязка фиксируется перевязочным материалом;

-Мне разъяснено, что общими противопоказаниями для проведения инъекционной терапии являются:

- Наличие воспалительных и гнойных очагов на коже в области манипуляции;
- Наличие гиперчувствительности/аллергических реакций к вводимому препарату;
- Судороги /возбуждённое состояние пациента / гиперкинезы;
- Тяжелые нервно-психические патологии;
- Выраженная патологии системы свертывания крови (гемофилии, геморрагические диатезы и др. коагулопатии), а также при проведении антикоагулянтной терапии у пациента;

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

- Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе обследования/лечения;  
сроки проведения обследований и процедур; обезболивание, применяемое в ходе обследования/лечения (в случае необходимости);

-Мне сообщена, разъяснена лечащим врачом и понятна следующая информация: методика выполнения процедур; возможные осложнения и  
побочные эффекты от применяемых лекарственных средств ; используемые медикаменты во время проведения процедуры; условия,  
особенности проведения процедур;

-Мне разъяснено, что при любой 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 (об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех индивидуальных особенностях и особых реакциях организма, об экологических и производственных факторах, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. 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 включённые 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 парентерального введения препаратов

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Процедурная медсестра

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.