

Информированное добровольное согласие на забор крови из вены

Я, ФИО, зарегистрированный (ая) по адресу : _____, даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью Медицинский Центр "ЭГИДАМЕД", действующему на основании лицензии регистрационный номер: Л041-01024-74/00368683 от 12.05.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес места нахождения: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел.: (351) 263-52-562) от 12.05.2020 , выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, в соответствии со ст. ст. 19, 20 и 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информирован о необходимости медицинского обследования меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) и даю добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: забор крови из вены.

Медицинское вмешательство	Медицинским работником
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____
Забор крови из вены	_____

в доступной для меня форме мне разъяснены: - методы оказания медицинской помощи:

мне разъяснено, что взятие крови для лабораторного исследования представляет собой способ забора биологического материала для лабораторного исследования.

Мне разъяснено, что взятие крови из вены осуществляется в процедурном кабинете медицинской организации. Мне разъяснено, что для успешного проведения лабораторного исследования перед процедурой взятия крови рекомендуется соблюдать определенные правила:

1. В течение двух недель перед анализом отменить прием лекарственных препаратов, внутримышечных инъекций, проведение ультразвукового и рентгеновского исследований;
2. В течение двух суток перед анализом исключить употребление алкоголя и курение, физические нагрузки, нервные напряжения;
3. В случае индивидуальных показаний соблюдается диета по назначению лечащего врача;
4. Взятие венозной крови осуществляется с утра, натощак (последний прием пищи - за 12 часов до процедуры).

Мне разъяснено, что взятие крови из вены осуществляется следующим образом. Пациент должен сидеть или лежать, его рука должна находиться в расслабленном, вытянутом состоянии ладонью вверх; 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° к поверхности кожи; после того, как она попадает в вену, угол введения снижается до 10- 15° 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.

- связанный с методами риск:

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, что при взятии крови возможно возникновение нежелательных осложнений: образование гематомы в месте пунктирования; тромбофлебит (воспаление вены с образованием тромба); заражение крови (сепсис). При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу.

Мне разъяснено, что взятие крови осуществляется без анестезии.

- предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что результатом взятия крови является получение образцов крови для дальнейшего лабораторного исследования.

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 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Я подтверждаю, что до начала оказания медицинской услуги сообщил медицинскому работнику все необходимые сведения все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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).

Грицай Ольга Геннадьевна

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Дата

(подпись пациента)

Расписался в моем
присутствии:

Медицинский
работник

/

Уведомление от Дата

Я, ФИО _____, дата рождения (месяц/число/год) _____, Паспорт гражданина РФ серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____ выдан: _____

проживающий(ая) по адресу _____

Подтверждаю, что до заключения договора Общество с ограниченной ответственностью Медицинский Центр "ЭГИДАМЕД", действующее в соответствии с лицензией регистрационный номер: Л041-01024-74/00368683 от 12.05.2020 г. выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес места нахождения: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел.: (351) 263-52-562) от 12.05.2020 г., выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова, 165; тел. 8(351)240-22-22 доб. 101) в лице директора Виноградовой Татьяны Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава, уведомило меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК)

Ф.И.О. _____

Зарегистрирован (проживает): _____

Паспорт гражданина РФ серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____

Телефон: _____