

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
На основании статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.11. г. № 323-ФЗ

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество полностью)

Доверяю медицинскому персоналу ООО «Эм Эр Ай Клиник» (далее – медицинский персонал) выполнить стерильным одноразовым набором мне/моему ребенку: _____ (ФИО)

Следующие манипуляции (нужное подчеркнуть):

1. **Взятие венозной крови/ капиллярной крови/ урогенитального мазка;**
2. **Взятие соскоба на цитологическое исследование с поверхности кожи и слизистых;**
3. **Взятие микробиологического мазка с поверхности кожи и слизистых;**
4. **Взятие волос, ресниц;**
5. **УЗИ/ ЭКГ/ Измерение артериального давления;**
6. **Иное _____**

_____.
Решение вопроса от методе и объеме манипуляции доверяю медицинскому персоналу.

Мне разъяснино, что во время манипуляции или после неё могут развиваться такие осложнения как:

1. Подкожная гематома – кровоизлияние в мягкие ткани в месте взятия крови;
2. Флебит – воспаление вены в месте взятия крови (признаки: боль, уплотнение, покраснение по ходу вены);
3. Повреждение нерва в результате его укола или сдавления вследствие образования гематомы;
4. Воспалительные явления мягких тканей в месте венепункции – инфильтрат, абсцесс, некроз кожи;
5. Обморок (коллапс); неприятные ощущения и боль;
6. Незначительные кровянистые выделения;

Я поставил (поставила) в известность медицинский персонал обо всех имеющихся у меня/ у моего ребенка проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, имеющихся заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Получив полную информацию о возможных осложнениях в связи с проведением манипуляции, я подтверждаю, что инее понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне манипуляции.

Потребитель (Заказчик) _____ / _____

Дата «__» _____ 20__ г.