



THERAPY SURGERY CLINIC

ООО «ТС Клиника»
350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ

Я _____, находящегося на лечении (обследовании) в ООО «ТС Клиника», адрес: 350015, Краснодарский край, Г.О. Город Краснодар, ул. Кузнечная д. 2 офис 91, добровольно даю свое согласие и прошу персонал медицинского учреждения о проведении мне при необходимости следующих манипуляций:

- Забор крови
- Инъекция (подкожная, внутримышечная, внутривенная)
- Катетеризацию периферической / центральной вен;
- Забор биологического материала (кал, моча, мазки для микроскопического (бактериоскопического) исследования, секрета желез, соскобов тканей, отделяемое со слизистых оболочек)

- Я подтверждаю, что я ознакомлен (а) с характером предстоящих пациенту манипуляций. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящих манипуляций, их необходимость для правильной диагностики и последующего лечения.

- Я понимаю, что взятие некоторых видов биологического материала, проведение инъекций, проводится в процедурном кабинете медицинской сестрой, либо врачом, в условиях надлежащей чистоты и асептики (комплекс мероприятий, направленный на предотвращение попадания микроорганизмов в рану) с использованием полностью одноразового инструментария и расходных медицинских материалов. Сбор мочи, кала осуществляю я самостоятельно в домашних условиях в рекомендованные либо выданные емкости, при соблюдении всех правил сбора, о которых мне сообщено. Я понимаю, что от правильности самостоятельного сбора биологического материала зависит получение достоверных результатов лабораторного исследования.

Я подтверждаю, что уведомлен(а) об особенностях забора венозной крови и подтверждаю, что последний прием пищи ребенком был за 10 ч до процедуры;

- понимаю, что венепункция (прокалывание стенки сосуда) периферической вены с целью введения лекарственных средств (инъекция) проводится только по назначению и рекомендации лечащего врача. Мне разъяснено, что показания и противопоказания для внутривенного способа введения препаратов определяет только лечащий врач с учетом диагноза, степени тяжести состояния, сопутствующей патологии, индивидуальной непереносимости препарата и других моментов, определяющих состояние здоровья.

Я информирован (а) о том, что даже при наивысшей степени осмотрительности и аккуратности проведения процедуры, при внутривенном введении лекарственных средств возможно травмирование стенки сосуда с ее полным проколом, в результате чего происходит излитие крови и лекарственных средств в окружающие ткани (возникновение отека, гематомы). В данной ситуации венепункцию прекращают и проводят инъекцию в другую вену, а на область гематомы накладывают повязку. Для полного восстановления стенки сосуда и исчезновения признаков гематомы необходимо продолжительное время.

Я информирована(а) о том, что при инъекции возможны незначительные болевые ощущения в момент прокола вены, тканей мышц, а также при введении лекарственного средства. Кроме того, возможны головокружение, прилив жара, неприятный привкус во рту и прочее, что определяется особенностями действия конкретного лекарственного препарата.

Я понимаю, что вправе отказаться от проведения инъекции, в том числе во время ее оказания. В этом случае необходимо незамедлительно повторно обратиться к лечащему врачу с целью коррекции назначенного лечения.

Я понимаю, что для предотвращения появления постинъекционной гематомы (синяк после укола) рекомендуется в течение 15 минут не снимать спиртовой компресс с места инъекции и давящую повязку, наложенную медицинской сестрой.

Я понимаю, что для наилучшего проведения данной процедуры, а также предотвращения возможных неблагоприятных последствий, я сообщаю об особенностях ранее проведенных пациенту внутривенных инъекций, а также прочего медикаментозного лечения (обморок, аллергическая реакция, обширная гематома

Tsclinic

и

пр.)

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе манипуляций, и медицинский персонал дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен(-а) и согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на проведение поименованных манипуляций пациенту.

Телефон: _____

«___» _____ 20___ года.

Подпись пациента

_____ / _____ /

Подписано в присутствии врача

_____ / _____ /