|  |  |
| --- | --- |
| **Информированное добровольное согласие****на инвазивные вмешательства при оказании медико-санитарной помощи**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. гражданина)*"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(адрес места жительства гражданина)* даю информированное добровольное согласие **на инвазивные вмешательства при оказании медико-санитарной помощи**  в «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий –профилакторий «Лукоморье»: 1. Забор венозной крови на лабораторные исследования 2. Забор мазков/соскобов 3. Забор кала, мочи и других сред на лабораторные исследования Я понимаю, что забор венозной крови связан с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции. Я проинформирован(а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как: появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции, воспаление мягких тканей и развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте пункции. Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с рекомендованными мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) исследованиями и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.Я имел(а) возможность задавать любые вопросы медицинской сестре процедурного кабинета Петровой Л.В. и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.*(Ф.И.О. медицинского работника)*Любую информацию о результатах моих (лица, законным представителем которого я являюсь) лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам: Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(на) с ними.Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. медицинской сестры процедурного кабинета \_Петрова Л.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. *(дата оформления)* | **Информированное добровольное согласие****на инвазивные вмешательства при оказании медико-санитарной помощи**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. гражданина)*"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(адрес места жительства гражданина)* даю информированное добровольное согласие **на инвазивные вмешательства при оказании медико-санитарной помощи**  в «Юбилейный»-филиале АО «Санаторий –профилакторий «Лукоморье»: 1. Забор венозной крови на лабораторные исследования 2. Забор мазков/соскобов 3. Забор кала, мочи и других сред на лабораторные исследования Я понимаю, что забор венозной крови связан с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции. Я проинформирован(а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как: появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции, воспаление мягких тканей и развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте пункции. Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с рекомендованными мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) исследованиями и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.Я имел(а) возможность задавать любые вопросы медицинской сестре процедурного кабинета Петровой Л.В. и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. *(Ф.И.О. медицинского работника)*Любую информацию о результатах моих (лица, законным представителем которого я являюсь) лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам: Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(на) с ними.Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. медицинской сестры процедурного кабинета \_ Петрова Л.В.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. *(дата оформления)* |