|  |  |
| --- | --- |
| **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](consultantplus://offline/ref=E826BB5CD651DB50A3155ADEC5C6C6032EB37720543B05EA1AA08D3F45C9DB2E0BF98CC7D8D213E2ED0AJ) 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](consultantplus://offline/ref=E826BB5CD651DB50A3155ADEC5C6C6032EB37720543B05EA1AA08D3F45C9DB2E0BF98CC7D8D213E2ED0AJ) 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)* |