

**Информированное добровольное согласие
пациента на медицинское вмешательство (забор крови)**

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

Информированное добровольное согласие дается пациентом либо его законным представителем каждый раз при обращении в медицинскую организацию и при изменении плана-лечения.

_____ 202_ г.

Я, _____ (ФИО), “___” _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что мной добровольно принято решение о моем прохождении обследования и последующего лечения в Обществе с ограниченной ответственностью «СКИН ФАБРИКА», ("СКИН ФАБРИКА" (Сокращённое наименование – ООО "СКИН ФАБРИКА"; Адрес места нахождения – 153002, Россия, Ивановская область, г. Иваново, ул. Калинина, д. 9/21, офис 115, помещения 1, 2, 4, 4а, 5, 6, 9. ; ОГРН: 1223700001250; ИНН: 3702266504); имеющим бессрочную лицензию на осуществление медицинской деятельности от 16 января 2025 г. № ЛО41-01139-37/01712914 Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Ивановской области.); для оказания медико-санитарной помощи и платных медицинских услуг любыми лицами, состоящими с данной медицинской организацией в трудовых отношениях (или на иных законных основаниях) и профессионально занимающимися медицинской деятельностью.

Я добровольно даю согласие на проведение следующих медицинских процедур, медицинских вмешательств и манипуляций (по результатам первичного приема и назначенного плана лечения в отношении меня могут быть осуществлены все или отдельные из нижеперечисленных вмешательств и манипуляций):

Инвазивные диагностические манипуляции (метод диагностики и лечения заболеваний с помощью операций и манипуляций, осуществляемых путем проникновения во внутреннюю среду организма человека), в том числе.

Подготовка к процедуре.

Накануне **взятия образца венозной крови** пациенту необходимо:

- исключить чрезмерную физическую нагрузку;
- отказаться от употребления спиртных и сладких газированных напитков, острой и жирной пищи;
- отменить прием лекарственных препаратов, которые могут повлиять на результат исследования;
- сдавать кровь натощак, до выполнения остальных медицинских манипуляций, инструментального исследования, соно- и рентгенографии;

Алгоритм взятия крови из вены

Для забора образца биоматериала выбирают **вены предплечья**. Кровь чаще всего отбирают из локтевой, лучевой, срединной и наружной поверхностной вен. При выполнении процедуры медицинская сестра соблюдает строгий **алгоритм действий**:

- Надевает перчатки.
- Выбирает место укола.
- Накладывает жгут.
- Просит пациента совершить движения кистью – это необходимо для наполнения вен кровью.
- Тщательно пальпирует вену, из которой будет отбирать пробу на анализ.
- Место укола обрабатывает ватным тампоном, смоченным спиртосодержащим составом.
- Вводит иглу косым срезом вверх под углом 45° к кожным покровам на 1/3 в просвет кровеносного сосуда.
- После изъятия достаточного количества биологической жидкости, снимает жгут, вынимает иглу и прикладывает к месту укола антисептическое средство.
- Просит пациента согнуть руку в локте и прижать место инъекции.

Для взятия венозной крови используют вакутайнеры – готовый набор, включающий вакуумную пробирку, иглу и держатель. С их помощью производится забор крови. Для того, чтобы избежать проникновения в организм пациента инфекции, медицинский персонал соблюдает все необходимые правила асептики и антисептики.

Я подтверждаю, что:

Я информирован(а) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства, и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован(а) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я заявляю, что сообщил(а) врачу обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен(а) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я заявляю, что изложил врачу все известные мне данные о состоянии моего (представляемого) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье;

Мне в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа;

Я понимаю, что могу отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания данного информированного согласия;

Я понимаю, что мне не может быть дана точная информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, однако мне гарантируется, что это лицо имеет необходимую квалификацию и опыт;

Я подтверждаю, что внимательно прочел и понял всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы е этой области. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья,

Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное информированное и осознанное согласие на проведение необходимых процедур. Мое решение является свободным. Данное согласие действует в течение всего периода моего лечения в **ООО «СКИН ФАБРИКА»** (бессрочно).

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись пациента: _____ V / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел: _____ / _____
(подпись специалиста) (Фамилия ИО)

Дата «__» _____ 20__ г.