

**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» (№ ЛО-66-01-005618 от 05.10.2018г): :

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 _____ 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 _____

" ____ " _____ 2020 г. Телефон _____

(дата оформления)