

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение лечения посредством инфузионного введения лекарственных препаратов, а именно - внутривенное капельное введение лекарственных препаратов. Состав капельниц, а именно вводимые препараты, составляет лечащий врач на основании поставленного диагноза. Постановка капельницы осуществляется медицинской сестрой. Медицинской сестрой ООО «Медицинский центр «Приорит» _____ (ФИО, должность медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены: цели оказания медицинской помощи: улучшение состояния, проведение лечения в рамках основного заболевания, с целью лечебного и/или профилактического воздействия на организм. (иное указать) _____.

Инфузионная терапия (капельница) назначается для введения в организм различных лекарственных препаратов, растворов или питательных веществ непосредственно в кровеносное русло. Основные цели процедуры могут включать:

- Введение лекарственных препаратов: Когда требуется быстрая доставка лекарства в кровь, его высокая концентрация или невозможность введения другими способами (например, перорально).
- Восполнение дефицита жидкости и электролитов: При обезвоживании, рвоте, диарее или обильном потоотделении.
- Дезинтоксикация: Выведение из организма токсических веществ при отравлениях или интоксикациях.
- Коррекция кислотно-щелочного баланса.

Описание процедуры

Процедура проводится квалифицированным медицинским персоналом в условиях, обеспечивающих стерильность. Место венепункции (обычно в области локтевого сгиба) обрабатывается антисептиком. Затем с помощью стерильной иглы и катетера устанавливается венозный доступ. К катетеру подключается система для внутривенного введения растворов (капельница), через которую под определенной скоростью вводятся назначенные препараты или растворы.

Ожидаемые результаты

Эффект от инфузионной терапии наступает, как правило, быстро. Ожидается нормализация водно-электролитного баланса, купирование интоксикации, достижение терапевтической концентрации введенных препаратов в крови, улучшение общего самочувствия пациента. Конкретные ожидаемые результаты зависят от состава вводимого раствора и состояния пациента.

Возможные риски и осложнения

Несмотря на относительную безопасность процедуры, существуют возможные риски и осложнения, хотя и редкие:

- Боль и образование гематомы (синяка) в месте венепункции.
- Венозный тромбоз: Образование сгустка крови в вене.
- Инфекция: Риск занесения инфекции, если процедура проводится в нестерильных условиях.
- Аллергическая реакция: На вводимый препарат.
- Нарушение сердечного ритма или отеки: При слишком быстром введении больших объемов жидкости.

Альтернативы

В зависимости от целей терапии, альтернативные методы могут включать пероральный прием жидкостей и лекарств, выполнение инъекций (внутримышечных, подкожных), или другие виды лечения. Выбор инфузионной терапии обусловлен необходимостью более быстрого и эффективного воздействия, либо невозможностью других путей введения.

При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу. Мне разъяснено, что парентеральное введение лекарственных препаратов осуществляется без анестезии, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи: улучшение общего состояния, снятие болевого синдрома и др. _____ . Я подтверждаю, что до начала оказания медицинской услуги сообщил медицинскому работнику все необходимые сведения все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, 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".

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую я могу получить бесплатно в установленном порядке и сроки.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками ожидания, условиями оказания и порядком оплаты предоставляемых медицинских услуг.

До заключения Договора я получил(а) информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платных медицинских услуг (его профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике.

Я предупрежден о временных неудобствах, связанных с оказанием Услуг, и согласен с ними. Мне понятны правовые (ст. 1064 ГК РФ) и медицинские последствия моего решения, специальная терминология.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ дата « ____ » _____ 202 __ г.
(ФИО гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ дата « ____ » _____ 202 __ г.
(ФИО гражданина, или его законного представителя контактный телефон) (подпись)

_____ дата « ____ » _____ 202 __ г.
(ФИО медицинского работника) (подпись)