

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 парентерального введения лекарственных препаратов, а именно - подкожная инъекция, внутривенная инъекция, внутримышечная инъекция, струйное внутривенное введение лекарственных препаратов (нужное подчеркнуть). Медицинским работником 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) _____.

Парентеральное введение лекарств подразумевает введение препаратов в организм, минуя желудочно-кишечный тракт. Чаще всего это осуществляется путем внутривенных, внутримышечных или подкожных, внутривенных инъекций, а также посредством установки капельницы (инфузионной терапии). Такой способ введения обеспечивает быстрое поступление действующего вещества в кровоток, достижение высокой терапевтической концентрации и, как следствие, более выраженный и быстрый эффект, особенно в экстренных ситуациях или при невозможности приема препаратов внутрь.

Мне разъяснены конкретные препараты, которые планируется ввести, их дозировка, путь введения и продолжительность курса лечения. Я понимаю, что цель данного введения – лечение или профилактика определенного заболевания, облегчение симптомов или улучшение общего состояния. Ожидается, что введение препаратов приведет к снижению артериального давления, купированию болевого синдрома, борьбе с инфекцией, восполнению дефицита жидкости и

т.д. _____ (указать)

Я информирован(а) о возможных рисках, связанных с парентеральным введением, которые могут включать: боль, образование гематомы (синяка) или воспаление в месте инъекции, развитие аллергических реакций (от легкой сыпи до анафилактического шока), редко – более серьезные осложнения, такие как флебит (воспаление вены), тромбоз, инфекции или побочные действия непосредственно самого препарата. Мне пояснили, что медицинский персонал будет принимать все необходимые меры предосторожности для минимизации этих рисков, включая соблюдение строжайших правил асептики и антисептики.

методы оказания медицинской помощи: мне разъяснено, что парентеральное введение лекарственных препаратов подразумевает введение их посредством инвазивного, инъекционного введения лекарственных препаратов, строго по назначению лечащего врача, а именно- подкожная инъекция, внутривенная инъекция, внутримышечная инъекция внутривенная инъекция-струйно. Мне разъяснено, что инъекция осуществляется в процедурном кабинете медицинской организации. Мне разъяснено, что парентеральное введение лекарственных препаратов, осуществляется следующим образом. При осуществлении любого вида инъекций пациентом занимается удобное положение сидя или лежа. Место предполагаемого прокола кожи обязательно обрабатывается спиртосодержащим дезинфицирующим раствором. В случае осуществления внутривенной инъекции, пациент может находиться как сидя, так и лежать, его рука должна находиться в расслабленном, вытянутом состоянии ладонью кверху; под локоть пациента подкладывается небольшой валик или подушечка; на 10 см выше локтевого сгиба накладывается жгут, затем пациент сжимает на несколько секунд кулак. После

этого медицинский работник находит вену, определяет место пункции, тщательно дезинфицирует его спиртовым раствором, с помощью натяжения кожи фиксирует вену. Затем игла начинает вводиться под углом 25-30* к поверхности кожи; после того, как она попадает в вену, угол введения снижается до 10- 15* и игла продвигается еще на несколько миллиметров, затем жгут может быть снят и пациент должен расслабить кулак. Вводится медленно лекарственный препарат, назначенный врачом. После извлечения иглы место инъекции обрабатывают антисептиком и накладывают фиксирующую, кровоостанавливающую стерильную повязку. При проведении внутримышечной инъекции, после обработки операционного поля спиртосодержащим дезинфицирующим раствором, игла вводится перпендикулярно поверхности в верхний наружный квадрант ягодичной области левой или правой, до уровня канюли иглы, затем осуществляется медленное введение лекарственного препарата. При проведении внутрикожной или подкожной инъекции, после обработки операционного поля спиртосодержащим дезинфицирующим раствором игла вводится в подкожный или внутрикожный слой под углом 15*, и медленно вводится лекарственный препарат. Мне разъяснено, что противопоказаниями являются: судороги; возбужденное состояние пациента; гемофилия (нарушение свертываемости крови) _____ (иное указать) . Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции. Мне разъяснено, что при проведении инъекции возможно возникновение нежелательных осложнений: аллергическая реакция. анафилактический шок, образование гематомы в месте пунктирования; тромбофлебит (воспаление вены с образованием тромба), постинъекционный абсцесс, сепсис, смерть. При возникновении симптомов указанных состояний необходимо обратиться к лечащему врачу. (иное указать)

_____. 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:

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

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

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