



Стоматологическая клиника "ВитАрт"  
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18  
<http://www.vitart-stom.ru>, [info@vitart-stom.ru](mailto:info@vitart-stom.ru)  
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МАНИПУЛЯЦИЮ ВЗЯТИЯ КРОВИ ИЗ ВЕНЫ

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \Patient\, даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены в ООО «Стоматология на Дровяном». Решение вопроса о методе и объеме манипуляции доверяю медицинскому персоналу клиники.

Я согласен(а) с тем, что количество процедур и забранной крови будет определяться в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями, а также целевым назначением манипуляции.

Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Мест для взятия крови из вены выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти. Во время манипуляции взятия крови из вены могут возникнуть непредвиденные ситуации осложнения, требующие медицинской помощи, а также обстоятельства, препятствующие выполнению данной манипуляции или выявиться ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В связи с этим уполномочиваю медицинский персонал клиники выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций и осложнений.

Я осведомлен(а) об всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время после манипуляции взятия крови из вены: отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околовенозные ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль.

Я согласен(а), что манипуляция взятия крови из вены болезненна и может выполняться в том числе и с применением местной анестезии, я также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

В случае возникновения неотложных ситуаций даю согласие на госпитализацию в специализированное лечебное учреждение.

Я предупрежден(а) о режиме после взятия крови из вены и рекомендациях: не удалять лечебную повязку ранее чем через 20 минут после процедуры, держать руку согнутой в локтевом суставе не менее 10 минут после процедуры, при появлении отека, боли, увеличивающейся гематомы, кровотечения не греть, не смазывать, не заниматься самолечением и незамедлительно обратиться к врачу.

Я уведомлен(а) о возможных последствиях при нарушении режима, а также при возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Я достоверно уверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и даю добровольное согласие на проведение манипуляции взятия крови из вены.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \Patient\ /  
(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г