



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

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ВНУТРИМЫШЕЧНЫЕ, ВНУТРИВЕННЫЕ И ПОДКОЖНЫЕ ИНЪЕКЦИИ

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 внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций лекарственных препаратов в ООО «Стоматология на Дровяном».

Решение вопроса о методе и объеме манипуляции, а также о выборе необходимого для моего лечения лекарственного препарата (препаратов) доверяю медицинскому персоналу клиники.

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

Полностью ясными и осознанными для меня являются следующие положения:

Место для проведения внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций лекарственных препаратов выбирается медицинской сестрой. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти, плечо, верхненаружный квадрант ягодицы. Во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные ситуации, аллергические реакции и 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 сообщаю медицинскому персоналу клиники о наличии у меня аллергических реакций на следующие лекарственные препараты:

Я осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после манипуляции: аллергические реакции, отек, гематома, прокол вены, выведение лекарственного препарата в околовенозные ткани, кровотечение, обморочные состояния, снижение артериального давления, боль, побочные действия и осложнения, описанные в инструкциях к применяемым лекарственным препаратам и их компонентам.

Я согласен(а), что манипуляция инъекции 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 поведения 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.



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

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

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и всех медицинских терминов, упомянутых в нем и даю добровольное согласие на проведение внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций лекарственных препаратов в ООО «Стоматология на Дровяном».

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

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 20__ г