

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство / забор биологического материала

г. Владимир « » 2026 г.

Я, _____, (ФИО пациента полностью) паспорт: серия _____ № _____, выдан

проживающий(ая) по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства в:

Общество с ограниченной ответственностью «Учреждение Здравоохранения Областной диагностический центр»

(сокращенное наименование: ООО «УЗ Областной диагностический центр»)

Юридический адрес: 600009, Владимирская область, г. Владимир, ул. Каманина, д. 25А, этаж 1

ИНН: 3328004675 | ОГРН: 1153328002651

Лицензия: № Л041-01134-33/00357343 от 22.10.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Владимирской области (действует).

1. Наименование медицинского вмешательства:

Забор крови из периферической вены (венепункция) для выполнения лабораторных исследований:

2. Цель проведения медицинского вмешательства:

Получение биологического материала (крови) для лабораторной диагностики, оценки функционального состояния органов и систем, выявления маркеров заболеваний, контроля эффективности лечения и профилактики патологий.

3. Характер медицинского вмешательства:

Процедура представляет собой кратковременную инвазивную манипуляцию. Медицинский работник осуществляет прокол стенки периферической вены (обычно в области локтевого сгиба) стерильной иглой или вакуумной системой для забора необходимого объема крови. Длительность процедуры составляет несколько минут.

4. Возможные риски и осложнения:

1. Кратковременная боль или дискомфорт в момент прокола кожи и вены.
2. Образование подкожной гематомы (синяка) в месте пункции.
3. Кровотечение из места прокола (особенно у пациентов с нарушениями свертываемости крови или принимающих антикоагулянты).
4. Головокружение, слабость или обморок (вазовагальная реакция) на вид крови или процедуру.
5. Риск местного воспаления (флебита) в месте пункции (крайне редко при соблюдении правил асептики).

5. Противопоказания и ограничения:

1. Нарушения свертываемости крови (относительное противопоказание, требует особого внимания медперсонала).
2. Воспалительные заболевания кожи, ожоги или травмы в зоне предполагаемой пункции.
3. Выраженный склероз вен или затрудненный венозный доступ.
4. Психическое возбуждение пациента, исключающее возможность безопасного проведения манипуляции.

6. Альтернативные методы диагностики:

1. Забор капиллярной крови из пальца (менее информативен для многих биохимических и гормональных исследований).
2. Неинвазивные методы мониторинга (например, непрерывный мониторинг глюкозы), которые не могут полностью заменить лабораторный анализ крови.
3. Отказ от диагностики (не позволяет получить объективные данные о состоянии здоровья).

7. Прогноз при отказе от медицинского вмешательства:

Отказ от забора крови для лабораторных исследований может привести к:

1. Невозможности постановки точного диагноза или выявления скрытых патологий на ранней стадии.
2. Затруднению в оценке эффективности проводимого лечения и корректровке терапии.
3. Задержке в оказании квалифицированной медицинской помощи, что может негативно сказаться на прогнозе заболевания и состоянии здоровья.
4. Необходимости повторного обращения и прохождения процедуры в будущем при ухудшении самочувствия.

8. Необходимость соблюдения врачебных рекомендаций:

Мне разъяснено, что для качества исследования и безопасности процедуры необходимо:

1. Соблюдать требования подготовки (например, сдача анализов натощак после 8–12 часов голода, ограничение физических нагрузок и приема алкоголя накануне).
2. Сообщить медицинскому работнику о приеме лекарственных препаратов, влияющих на свертываемость крови.
3. После забора крови плотно прижать место пункции ватным шариком и держать руку согнутой в локте не менее 5–10 минут для предотвращения образования гематомы.

Мне разъяснено, что несоблюдение назначенного режима подготовки может привести к искажению результатов анализов, снижению качества оказываемой медицинской услуги, необходимости повторного забора крови за дополнительную плату или негативным последствиям для моего здоровья (например, образованию обширной гематомы).**Медицинский работник, проводящий разъяснение:**

Должность: _____ ФИО: _____ Подпись: _____ Дата: _____

« » 2026 г.

Пациент (или его законный представитель):

Мне в доступной форме разъяснены характер, цели, возможные риски и осложнения, альтернативные методы лечения, а также последствия отказа от медицинского вмешательства. Мои вопросы заданы, ответы получены в полном объеме. Согласие даю добровольно.

Подпись пациента / представителя пациента: _____ Дата: « » 2026 г.

ФИО полностью: _____