



## Добровольное информированное согласие пациента (или его законного представителя) на проведения забора крови из вены.

(Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.)

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

ознакомившись с правилами забора крови из вены, даю добровольное согласие на проведение мне венепункции с последующим взятием крови.

Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.

Я проинформирован (а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования
- развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован (а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента (или его законного представителя) \_\_\_\_\_