Общество с ограниченной ответственностью «ГОРМОНЛАЙФ»
ИНН 9715365768, ОГРН 1197746620202. Лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01137-77/00323175 от 10.03.2020

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на взятие биологического материала (венозной и капиллярной крови) для лабораторных исследований

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента)

«____» _____ _____ г. рождения, даю согласие на взятие у меня (у пациента, законным представителем которого я являюсь) образцов венозной и (или) капиллярной крови для проведения лабораторных исследований в ООО «ГОРМОНЛАЙФ» (ГЗТ.КЛИНИКА).

1. Суть процедуры

Взятие венозной крови производится из периферической вены (как правило, в области локтевого сгиба) с помощью одноразовой иглы или вакуумной системы; взятие капиллярной крови производится путём прокола кожи пальца одноразовым скарификатором (ланцетом). Процедура выполняется медицинским работником с соблюдением правил асептики и антисептики.

2. Возможные нежелательные явления

Мне разъяснено, что при заборе крови возможны: болезненность и кратковременный дискомфорт в месте прокола, образование гематомы (синяка), головокружение, слабость, в редких случаях — кратковременная потеря сознания (обморок). При несоблюдении рекомендаций по уходу за местом прокола в единичных случаях возможно развитие местного воспаления (флебита) или инфицирования. При появлении указанных явлений следует незамедлительно сообщить об этом медицинскому персоналу.

3. Подготовка к исследованию

Забор крови рекомендуется производить натощак (через 8–12 часов после последнего приёма пищи), при отсутствии противопоказаний — с учётом рекомендаций направившего врача. Об имеющихся нарушениях свёртываемости крови, приёме антикоагулянтов, а также об аллергии на антисептики и латекс необходимо сообщить медицинскому работнику до начала процедуры.

4. Передача материала на исследование

Мне разъяснено и я согласен(на) с тем, что взятый биологический материал может быть передан для проведения лабораторных исследований в медицинскую лабораторию, являющуюся партнёром ООО «ГОРМОНЛАЙФ» и имеющую право на осуществление соответствующей медицинской деятельности, с соблюдением требований врачебной тайны и законодательства о персональных данных.

5. Право на отказ

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от процедуры взятия биологического материала на любом этапе её проведения, а также то, что отказ может затруднить или сделать невозможной постановку диагноза и назначение лечения.

Мне в доступной форме разъяснены цель, ход процедуры, возможные осложнения и последствия отказа. На все заданные мной вопросы получены исчерпывающие ответы.

Сведения о законном представителе (заполняется, если согласие даётся законным представителем пациента)

_____

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

_____	_____	_____
(подпись пациента / законного представителя)	(Ф.И.О.)	(дата)
_____	_____	_____
(подпись медицинского работника)	(Ф.И.О.)	(дата)