

**Приложение к информированному добровольному согласию
на проведение медицинских манипуляций (исследований, процедур, иных вмешательств), касающееся
парентерального введения препаратов.**

Я, _____ Тестов Тест Тестович
(Фамилия, Имя, Отчество пациента (законного представителя пациента))

соглашаюсь на проведение мне (представляемому)

_____ (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения представляемого)

препаратов, назначенных врачом, следующим способом:

- внутримышечное введение препарата _____;
- внутривенное введение препарата _____;
- внутривенное капельное вливание препарата _____;
- инъекция субконъюнктивальная препарата _____;
- инъекция парабульбарная препарата _____;
- введение в халазион препарата кеналог (дипроспан).

Указанные лекарственные препараты предоставлены медицинской организацией.

Я сообщил(а) врачу, назначившему мне (представляемому) указанные лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья.

Мне разъяснены в доступной форме сущность и методика предстоящих медицинских манипуляций, их цели и задачи, а также противопоказания для введения указанного препарата (препаратов), возможные риски и осложнения после его введения. В частности, возможными осложнениями могут быть: аллергическая реакция, болезненность, травмирование (отек, гематома).

Мне разъяснено, что введение препарата (препаратов) может быть прервано медицинским работником или отменено из-за его (их) неадекватной (плохой) переносимости моим организмом.

Я осознаю, что возможны болевые ощущения во время введения препарата(ов): жжение, резь, покалывание, онемение, распирание, другие неприятные ощущения, а также реакции на процедуру в виде временной отечности, образования гематомы, синяков, гиперемии, аллергических реакций.

Я планирую свои дела после процедуры с учетом возможных реакций (покраснение, отечность, образование синяков, а также индивидуальных реакций на медицинские манипуляции).

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, касающиеся содержания настоящего документа. Я получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом и полностью мне понятно.

Подпись Пациента/
законного представителя пациента _____

_____ Тестов Т.Т.
Фамилия (полностью), И.О.

Подпись Врача _____

_____ Фамилия (полностью), И.О.

Дата _____ «08» марта 2026 г.