PROJEKTAS

PATVIRTINTA

VšĮ Rokiškio PASPC

Direktoriaus\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2019 m.\_\_\_\_\_\_mėn.\_\_\_d.

įsakymu Nr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS INVAZINEI IR (AR) INTERVENCINEI PROCEDŪRAI**

Aš\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(paciento vardas, pavardė, gimimo data, jei pasirašo atstovas, nurodomas atstovavimo pagrindas)

SUTINKU, kad man būtų atlikta intervencinė ir (ar) invazinė procedūra (pabraukti):

intraveninė infuzija;

injekcija intraveninė/ injekcija į raumenis/į paodį

Pasirašydamas /-a šį sutikimą patvirtinu, kad:

sveikatos priežiūros specialistas suprantamai žodžiu man paaiškino apie numatomos atlikti procedūros esmę, pobūdį, tikslus, apie žinomas ir galimas komplikacijas (dažnos -nedidelis skausmas dūrio vietoje, kraujosruva, kraujavimas iš dūrio vietos, retai pasitaikančios – vietinė audinių reakcija (paburkimas, paraudimas), alerginė reakcija, karščiavimas, alpimas, abscesas, audinių nekrozė, nervų pažeidimas, venų uždegimas), kitas svarbias aplinkybes, kurios gali turėti įtakos mano apsisprendimui sutikti ar atsisakyti procedūros ir apie galimas pasekmes jei procedūra nebūtų atlikta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data**  **Paciento (atstovo) parašas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Procedūrą atlikęs sveikatos priežiūros specialistas** (vardas, pavardė, parašas)