PROJEKTAS

PATVIRTINTA

VšĮ Rokiškio PASPC

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

2019 m.\_\_\_\_\_\_mėn.\_\_\_d.

įsakymu Nr.

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

(įstaigos pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

**PACIENTO ( JO ATSTOVO) SUTIKIMAS KRAUJO PAĖMIMO PROCEDŪRAI**

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

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

SUTINKU, kad man (mano atstovaujamam pacientui) būtų paimtas kraujas (procedūra gali būti atliekama iš piršto/ iš venos/ iš kulno)

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, ilgesnis kraujavimas iš dūrio vietos (ypač naudojant antikoaguliantus), retai pasitaikančios – vietinė audinių reakcija (paburkimas, paraudimas), alpimas. Esu informuotas apie 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)