**Инвазивтік араласулар кезінде донордың жазбаша ерікті келісімі**

Мен, (астын сызу) донор/заңды өкіл:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
(донордың/заңды өкілдің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))  
облыстық қан орталығында бола отырып, келесі процедураны жүргізуге келісімімді беремін:  
венадан және саусақтан қан алу.

1. Маған жоспарланған инвазивтік араласудың мақсаты, сипаты, жағымсыз әсерлері туралы мәлімет берілді, барлық дайындық және мүмкін болатын анестезиологиялық шаралармен, сондай-ақ қажет болуы мүмкін қосымша араласулармен келісемін. Инвазивтік араласу барысында күтпеген жағдайлар, қауіп-қатерлер мен асқынулар болуы мүмкін екені және бұл жүрек-қан тамыр, жүйке, тыныс алу және басқа да өмірлік маңызды жүйелердің бұзылуын қамтуы мүмкін екені туралы ескертілдім. Бұл жағдайлар денсаулыққа еріксіз зиян келтірумен байланысты болуы мүмкін екенін түсінемін. Мұндай жағдайда дәрігерлердің көрсетілген асқынуларды жоюға бағытталған барлық емдеу әдістерін қолдануына келісемін.
2. Дәрігерге менің (мен заңды өкілі болып табылатын адамның) денсаулығыма қатысты келесі жағдайлар туралы хабарлаймын:
   * тұқым қуалайтын аурулар;
   * аллергиялық реакциялар;
   * дәрілік заттар мен тағам өнімдеріне жеке төзімсіздік;
   * темекі өнімдерін қолдану;
   * алкогольді шамадан тыс пайдалану;
   * есірткі заттарын қолдану;
   * жарақаттар, операциялар, аурулар, анестезиологиялық көмек;
   * өмір сүру барысында әсер ететін экологиялық және өндірістік (физикалық, химиялық немесе биологиялық сипаттағы) факторлар;
   * қабылданып жатқан дәрі-дәрмектер.
3. Дәрігерге барлық сұрақтарымды қоюға мүмкіндігім болды және барлық сұрақтарға толық жауап алдым.
4. Осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін.

**Өтініш берушінің қолы:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (донор/заңды өкіл)  
**Күні:** **/**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2024 ж.

**Дәрігер:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))  
**Қолы:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ескерту:**

1. Инвазивтік араласу – бұл ағзаның табиғи сыртқы бөгеттерінен (тері, шырышты қабықтар) ену арқылы жүргізілетін медициналық процедура (инъекция, диагностикалық процедура, хирургиялық операция және т.б.).
2. Инвазивтік араласуға келісім науқастың өміріне қауіп төнетін жағдайда медициналық қызметкер араласуды бастап қойған болса және оны тоқтату немесе кері қайтару өмірге немесе денсаулыққа қауіп төндіретін болса, кері қайтарыла алмайды.