

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ
АНАСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

(Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2012г. №323-ФЗ и ст.10 Закона РФ №2300-1 «О защите прав потребителей»)

Пожалуйста, прежде чем поставить свою подпись, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы!

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ф.И.О.:

Я осознаю, что анестезиологическое пособие применяется для защиты моего организма от хирургической агрессии и создания оптимальных условий для выполнения оперативного вмешательства.

Я доверяю выбор наиболее оптимального вида анестезиологического пособия врачу анестезиологу. Я подтверждаю, что анестезиолог ознакомил меня с основными фактами и особенностями предстоящего анестезиологического пособия и о возможных альтернативных методах обезболивания. Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы мне даны удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения, и я

название альтернативного анестезиологического пособия
изменения вида анестезиологического пособия и/или метода интенсивной терапии. Я доверяю Врачу и его ассистентам принять соответствующие решения и выполнить медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния. Мне объяснено, что возможно возникновение необходимости перехода на другой метод анестезии, а

название альтернативного анестезиологического пособия
жидкостей за 8 часов до предполагаемого времени проведения анестезиологического пособия. Исключение составляют случаи приема ограниченного количества воды для приема лекарств или случаи, особо обговоренные с анестезиологом. Я готов(а) полностью соблюдать данное предписание. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания. Я доверяю до сведения врача анестезиолога о наличии у меня существующих заболеваний и непереносимости лекарственных препаратов. Я утверждаю, что информировал(а) анестезиолога обо всех перенесённых заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергических реакциях, и обо всех других фактах, касающихся моего лечения. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

дополнительное заболевание, которое называют осложнением анестезии. Я предупрежден(а) о возможных осложнениях и нарушениях со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, возникновении аллергических реакций вплоть до анафилактического шока во время проведения анестезии.

сложных и опасных манипуляций (катетеризация центральных вен и артерий, интубация трахеи, трахеостомия и др.). Я информирован(а) о возможных осложнениях данных манипуляций и, в случае их необходимости, даю на них свое согласие. Я согласен(на) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог сочтёт необходимыми.

возможно возникновение необходимости переливания препаратов крови (аутокровь, эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма и др.). Анестезиолог рассказал мне обо всех возможных осложнениях данной процедуры, в случае нахождения в этот момент в бессознательном состоянии я даю свое согласие на переливание препаратов крови.

Я удостоверяю, что ознакомлен(а) с приведенной выше информацией, что полученные мною объяснения меня полностью удовлетворяют и, что я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение анестезиологического пособия.

Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

Я информирован(а), что данное согласие, может быть мною отозвано в любое время до начала анестезии.

Я утверждаю, что анестезиологом мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода анестезиологического пособия или операции.

Пациент _____

(Фамилия, Имя, Отчество)

Подпись _____

Дата _____

Анестезиолог _____

(Фамилия, Имя, Отчество)

Подпись

Дата

При несоблюдении предписания, при невыполнении назначенной предоперационной подготовки в должном объёме, а также при выявлении новых фактов, которые могут отрицательно влиять на течение анестезии или операции, анестезиолог оставляет за собой право отменить плановое оперативное вмешательство.