

Информированное добровольное согласие пациента на проведение лечения и лечебно-диагностических процедур в отделении анестезиологии и реанимации

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу:

(дата рождения гражданина)

_____ (адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я (ФИО) _____, паспорт _____ Выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение лечения и лечебно-диагностических процедур в отделении анестезиологии и реанимации БУ «Лангепасская городская больница».

Мне разъяснено:

–Состояние моего здоровья и наличия показаний для проведения интенсивной терапии.

–При проведении интенсивной терапии, целью которой является стабилизация состояния, протезирование жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой), восстановление сердечного ритма (эндовазальная кардиостимуляция, дефибриляция), метаболизма, электролитного баланса, почечной экскреции, нутритивной поддержки, применяются инвазивные методики.

–Интенсивная терапия высоко технологичный процесс, включающий в себя контроль и поддержание жизненно важных функций - ИВЛ, обеспечение венозного доступа, инфузионная терапия, трансфузионная терапия, мониторингирование функций, контроль КЩС и электролитов, специфическая медикаментозная терапия, рентгенологическое исследование, эндоскопические манипуляции (бронхоскопия, ФГДС), лабораторные исследования, экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, УФО-крови, гемосорбция), проведение обезболивания (внутривенный наркоз, тотальная внутривенная анестезия, эпидуральная, спинальная анестезия и их комбинации.), люмбальная пункция и прочее.

–При проведении интенсивной терапии используется одноразовый расходный материал, соответствующее оборудование.

–Но и при соблюдении всех возможных мер профилактики, имеются специфические и неспецифические осложнения (аллергические реакции, гипотензия, рвота с аспирацией, травма, экстракция зуба, сердечно-сосудистые осложнения, бронхоспазм, повреждение центральной и периферической нервной систем, инфекционные осложнения, пункция ТМО, кровотечение, пневмоторакс, головная боль, эмболические, метаболические, побочные эффекты продленной ИВЛ и прочие); а также технические трудности при выполнении пособия могущие повлечь причинение вреда здоровью различной степени тяжести.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы, и на которые получил (а) исчерпывающие ответы. Я подтверждаю, что сообщил (а) врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим, психическим состоянием информацию, а так же предшествующей медикаментозной терапии.

Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие

дополнительных исследований, манипуляций, процедур, не указанных в документе. Я доверяю врачу и его ассистентам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым для улучшения моего состояния.

Я обязуюсь соблюдать режим отделения анестезиологии и реанимации.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.

Согласие действительно на все время лечения, однако пациент имеет право остановить его действие путем письменного уведомления о его отмене.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии, в том числе после смерти:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ 20__ г.
(дата оформления)

Из-за тяжести состояния и невозможности получения информированного согласия больному(ой) решением консилиума показано проведение лечения и лечебно-диагностических процедур в

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

« ____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)