

Отказ от проведения регионарной (нейроаксиальной) анестезии при операции кесарева сечения

Настоящий добровольный информированный отказ от медицинского вмешательства составлен в соответствии со статьей 20 Федерального Закона РФ от 21.11.2011 года №323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», письмом Минздрава России от 06.12.2018г №15-4\10/2-7863

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

Ознакомлен(-а) с состоянием моего (моей подопечной) здоровья и наличия показаний для проведения регионарной анестезии.

Мне было сообщено, что анестезиологическое пособие является жизненно необходимым при проведении операции и является относительно безопасным. При проведении анестезии используется одноразовый расходный материал, медицинские препараты разрешенные в акушерстве, соответствующее оборудование.

Мне разъяснено, что в настоящее время нейроаксиальная анестезия является методом выбора при операции кесарева сечения (до 90%) и показания для общей анестезии при кесаревом сечении определяются только при наличии противопоказаний к нейроаксиальным методам обезболивания. Эти противопоказания выявляются у акушерских пациенток группы высокого риска и часто общая анестезия проводится в экстренной ситуации и при угрожающих жизни условиях (массивная кровопотеря, нарушения гемостаза, поражение ЦНС, легких, печени, почек и т.д.).

Регионарная (нейроаксиальная) анестезия при кесаревом сечении бывает следующих видов: спинальная анестезия, эпидуральная анестезия, комбинированная спинально-эпидуральная анестезия.

Я отказываюсь от всех методов регионарной (нейроаксиальной) анестезии.

Я отказываюсь от спинальной, эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной анестезии

(нужное выделить)

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных методов регионарной (нейроаксиальной) анестезии, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Я информирована о риске медикаментозной депрессии плода препаратами применяемыми при общей анестезии.

Я имела возможность задавать любые вопросы, и на которые получила исчерпывающие ответы.

Я подтверждаю, что сообщила врачу всю связанную с моим (моей подопечной) здоровьем, физическим, психическим состоянием информацию, а так же предшествующей медикаментозной терапии.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитала и поняла все вышеизложенное. Врач ответил на все мои вопросы.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

