

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (НАРКОЗ)

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со ст. 19, 20, 21, 22 федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

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

проживающий(ая) по адресу:

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

Я, _____,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

добровольно даю своё согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (наркоз).

Я ознакомлен (ознакомлена) с Программой государственных гарантий обеспечения граждан, проживающих на территории ХМАО, бесплатной медицинской помощью.

Мне разъяснено следующее :

- При проведении операции, ВАМ будет проведено анестезиологическое пособие, целью которого будет
- Анестезиологическое пособие - процесс, включающий в себя контроль и поддержание жизненно важных функций (ИВЛ, обеспечение венозного доступа, инфузионная терапия, трансфузионная терапия, мониторинг функций, контроль КЩС и электролитов, специфическая медикаментозная терапия).

- Анестезиологическое пособие может быть следующих видов: эндотрахеальный наркоз; внутривенный наркоз; сбалансированная анестезия; тотальная внутривенная анестезия; регионарная анестезия - проводниковая, эпидуральная, спинальная анестезия; их комбинации.

- Мне было сообщено, что анестезиологическое пособие является необходимым при проведении операции и является относительно безопасным. При проведении анестезии 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 и прочие); а также технические трудности при выполнении пособия, могущие повлечь причинение вреда здоровью различной степени тяжести.

Я имел (а) возможность задавать любые вопросы , на которые получил (а) исчерпывающие ответы.

Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим здоровьем, физическим, психическим состоянием информацию, а так же схемы 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 не принимать самостоятельно медикаментозные препараты, алкоголь, наркотические
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.

Я извещен и обязуюсь не управлять транспортным средством, не работать с машинами и механизмами в

