



Информированное добровольное согласие на проведение анестезиологического пособия

В соответствии со статьями №№ 19 и 20 ФЗ РФ №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым условием проведения оперативного вмешательства является реализация права пациента на облегчение боли доступными методами и лекарственными препаратами с дачей информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от этого вмешательства.

1. Общая информация

- 1.1 Я подтверждаю, что меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей анестезиологического пособия.
- 1.2 Анестезиологическое пособие во время операции или процедуры, во-первых, необходимо для обезболивания. Во-вторых, оно нужно для обеспечения непрерывного контроля над состоянием пациента, включая, поддерживание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, пособие включает профилактику вероятных осложнений во время операции их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.
- 1.3 Существует несколько видов анестезиологического пособия – общая анестезия, регионарная анестезия, местная анестезия с седацией, потенцирование местной анестезии, местная анестезия.
- 1.4 Анестезиологическое пособие при обеспечении оперативных вмешательств и процедур имеет определенный риск. С увеличением возраста пациента, его массы тела, при наличии у него сопутствующих заболеваний лёгких, сердца, печени, почек, центральной и периферической нервной системы, нарушения обмена веществ, свёртывающей системы крови и др. повышаются риски проведения операции и анестезиологического пособия.

2. Анестезиологическое пособие.

- 2.1 Я подтверждаю, что анестезиолог информировал меня о предлагаемом мне анестезиологическом пособии.
- 2.2 Проведение мне данной операции/процедуры планируется в условиях _____
- 2.3 Я подтверждаю, что получил (а) предписание прекратить прием пищи и жидкости за 12 часов операции. Я готов(а) полностью соблюдать данное предписание. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания.
- 2.4 Я утверждаю, что информировал(а) анестезиолога обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья, о чем сообщил(а) в «Анкете анамнеза жизни». Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

3. Согласие пациента

- 3.1 Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Анестезиолог предоставил мне возможность выслушать второе мнение, но я решил(а) придерживаться его позиции.
- 3.2 Я согласен(а) и разрешаю проведение мне запланированного пособия, описанного в пунктах 2.2., а также проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог сочтет это необходимым.
- 3.3 Я согласен(а) и разрешаю анестезиологу выполнение медицинских манипуляций, необходимых для проведения запланированного мне пособия (пункции и катетеризации периферических и центральных вен, катетеризация мочевого пузыря, интубация трахеи, установка желудочного зонда и др.)
- 3.4 Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых анестезиолог сочтет необходимыми.
- 3.5 Я согласен(а) и разрешаю анестезиологу опубликовать информацию проводимой мне анестезии в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов научных докладов, исключив при этом возможность идентифицировать меня.
- 3.6 Я информирован(а), что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала анестезии.
- 3.7 Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме. О последствиях, возможных осложнениях, при выполнении анестезии и связанных с ними рисками информирован(а) врачом анестезиологом-реаниматологом.

Пациент (фамилия и подпись) _____

Если пациент несовершеннолетний или неспособен дать согласие поскольку

Опекун или родитель (фамилия и подпись) _____

4. Несогласие

От проведения вышеуказанного анестезиологического пособия отказываюсь.

О возможных последствиях и осложнениях предупрежден.

Пациент (фамилия и подпись) _____

Если пациент несовершеннолетний или неспособен дать согласие поскольку

Опекун или родитель (фамилия и подпись) _____

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с приказом ФМБА России от 30 марта 2007 г. № 88.

Анестезиолог (фамилия и подпись) _____

Дата _____