

2

## Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение

Я, \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
(фамилия, имя, отчество полностью) (дата рождения)  
проживающая по адресу \_\_\_\_\_,

заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
Я, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем \_\_\_\_\_  
ФИО ребенка или недееспособного гражданина - \_\_\_\_\_, год рождения \_\_\_\_\_  
находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении \_\_\_\_\_

(название отделения полностью, номер палаты)  
добровольно даю свое согласие на проведение мне \_\_\_\_\_

- (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)
1. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщила правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
  2. Я информирована о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;
  3. Я предупреждена о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.
  4. Мне разъяснено и я осознаю, что во время и после анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. При эндотрахеальном наркозе: боль в горле, хрипота, повреждение во рту или зубов, неудачи при интубации трахеи, аспирация, интраоперационное пробуждение, повреждение кровеносных сосудов, возникновение аномальных реакций на лекарственные средства. При регионарных анестезиях: неполная, «мозаичная» анестезия, артериальная гипотония, неожиданная высокая или полная блокада, головная боль, боли в спине, возможные неврологические, в том числе инфекционные осложнения, системная токсичность местных анестетиков, возникновение аномальных реакций на лекарственные средства. Я согласна на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.
  5. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения в предложенном объеме.
  6. О последствиях, возможных осложнениях при выполнении анестезии предупреждена, связанных с ними риском информирована врачом анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)  
Содержание данного согласия мною прочитано « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года  
\_\_\_\_\_  
(Подпись пациентки) (Ф.И.О.)

Подтверждаю, что мною разъяснена и предоставлена полная информация пациентке, касающаяся анестезиологического обеспечения в отношении нее; на все вопросы, связанные с данными вмешательствами, были даны ответы « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Врач анестезиолог \_\_\_\_\_  
(должность) (Подпись врача) (фамилия, имя, отчество)