

Информированное согласие (отказ)

на проведение анестезиологического пособия

(Медицинское объединение «Новая больница»)

На основании ст.20,22,23,27 ФЗ РФ «Об Основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г., я нижеподписавшийся _____

Отделение _____ . № ист. болезни
(амбул.карты) _____

Подробно информирована медицинским работником

в доступной форме согласно моей воле о проведении мне анестезиологического пособия, т.е. приведение моего организма в состояние невосприимчивости к болевым ощущениям с помощью лекарственных средств:

- медикаментозная седация;
- медикаментозная седация в сочетании с местной анестезией;
- общий наркоз (внутривенный, ингаляционный, комбинированный).

(нужное подчеркнуть)

Содержание и результат анестезиологического пособия, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов мне полностью объяснены. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях метода, которые не зависят от качества оказываемых мне медицинских услуг:

- возможность изменения тактики и метода обезболивания при изменении моего состояния и/ли течения операции,
- возможность развития аллергических реакций на применяемые препараты **вплоть до развития анафилактического шока;**
- возможность введения, в случае необходимости, дополнительных средств мониторинга: центральных катетеров, мочевого катетера, термодатчиков и др.
- сонливость и нарушение концентрации внимания, тошнота и рвота, головная боль, боль в области операционного вмешательства в послеоперационном периоде
- временная проходящая частичная потеря голоса при интубационном наркозе
- несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую анестезиологическим персоналом, с целью свести риск их появления к минимуму, во время и после операции возможно развитие общехирургических осложнений (кровотечений, тромбозов, тромбозов, тромбозов, а также специфических осложнений, характерных для данного вида анестезиологического пособия (**надо расшифровывать?**) В редких случаях для ликвидации осложнений может потребоваться операция.)

Я предупрежден(предупреждена) о том, что нарушение рекомендаций анестезиолога ставит под сомнение получение запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия. А именно:

- прекращение приема твердой пищи за 6-8 часов, жидкой за 4 часа, воды за 2 часа до предполагаемого времени наркоза или медикаментозной седации.

- мне разъяснено, и я понимаю необходимость нахождения в стационаре в течение всего рекомендуемого времени.

Я согласна на применение необходимых медикаментозных препаратов по назначению врача, (в т.ч. лекарственных средств, приобретаемых мною дополнительно) внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, трансфузий крови и ее препаратов и других методов лечения.

Решение вопроса о методе и объеме манипуляций полностью доверяю врачу. Меня также предупредили, что характер, время и ход манипуляций могут быть изменены, объем ее уменьшен или увеличен, могут потребоваться повторные манипуляции. Мне разъяснены преимущества выбранного врачом способа лечения (манипуляции) и ожидаемые результаты, последствия.

Я даю согласие на необходимые манипуляции.

Я согласен/согласна по медицинским показаниям на повторные манипуляции и уполномочиваю врачей выполнять любую процедуру и/или дополнительные манипуляции, которые могут потребоваться мне в целях достижения максимального оздоровительного эффекта, а также при возникновении непредвиденных ситуаций.

Подтверждаю, что сообщил/сообщила врачу и помогающему ему медицинскому персоналу всю достоверную информацию, связанную с моим здоровьем, психическим и физическим состоянием.

Я обязуюсь выполнять рекомендации врача.

Мне известно, что врач освобождается от ответственности, если не соблюдаются лечебные предписания, рекомендации и правила распорядка лечебного учреждения и т.п.

Имел/ имела возможность задать любые вопросы. На все вопросы получила исчерпывающие ответы.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания (сведений, составляющих врачебную тайну) моему родственнику/законному представителю/гражданину

_____ тел _____

Подтверждаю своей подписью, что прочел и полностью понимаю данное мною добровольное информированное согласие.

ФИО, подпись пациента (законного представителя) V

ФИО, подпись

врача _____ Дата _____

Получив полную информацию о

манипуляции _____,

возможных реакциях и осложнениях, осознаю последствия отказаотказа от ее проведения ()
требования о прекращении манипуляции): ухудшения состояния, инвалидизации, иного
неблагоприятного исхода, а также возможных медико-социальных, психологических и
экономических последствий.

Подтверждаю своей подписью, что прочел, полностью понимаю отказ и отказываюсь от
проведения манипуляции.

ФИО, подпись пациента (законного представителя)

ФИО, подпись

врача _____ Дата _____
