

**Информированное добровольное согласие  
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество - полностью)*

\_\_\_\_\_ года рождения, 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*  
находясь на лечении \_\_\_\_\_ (обследовании) в  
отделении \_\_\_\_\_

*(название отделения, номер палаты)*

**добровольно даю свое согласие на проведение Анестезиологического пособия:**

*(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)*

Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я информирован (-а) о целях и предполагаемых результатах проведения анестезиологического пособия (защита от операционной травмы; поддержание, управление и протезирование функций жизненно важных органов и систем организма в интра- и раннем послеоперационном периодах; создание оптимальных условий для проведения медицинских манипуляций, снижение рисков проведения оперативного вмешательства и т.д.), методике (*общая анестезия* – введение препаратов внутривенно и/или ингаляционно с возможным проведение интубации трахеи и ИВЛ; *регионарная анестезия* – введение анестетика в спинномозговой/эпидуральное пространство с возможностью внутривенной седации; *проводниковая анестезия* – введение анестетиков вблизи нервных стволов и нервных сплетений с возможной внутривенной седацией), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупрежден (-а), что проведение анестезии сопряжено с рисками нарушений со стороны сердечно-сосудистой (аритмия, брадикардия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, остановка сердца), нервной (*общая анестезия* – головная боль, шум в ушах, дрожь при пробуждении, гипертермия, судороги, регургитация, рвота; *спинномозговая/эпидуральная анестезия* – головная боль, боль в спине, повреждение паравerteбральных кровеносных сосудов, спинальный блок, инфекционные осложнения, нарушения двигательной и чувствительной сферы; *проводниковая анестезия* – повреждение нервных стволов и сплетений, повреждение кровеносных сосудов, инфекционные осложнения, нарушения двигательной и чувствительной сферы), дыхательной (апноэ, бронхиолоспазм, ларингоспазм, неадекватное восстановление самостоятельного дыхания, рекураризация) и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать иные возможные осложнения и неблагоприятные эффекты анестезиологического пособия)

В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и/или осложнений в интраоперационном периоде я согласен (-а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

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. Я также даю согласие на альтернативные методы анестезии, если это будет необходимо в период проведения анестезиологического пособия и оперативного вмешательства.

Врач \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача анестезиолога-реаниматолога)

Информировал мене о методике, ожидаемых результатах и рисках предлагаемого мне вида анестезии (подчеркнуть):

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

*подпись пациента/законного представителя*

Расписался в моем присутствии:

Врач анестезиолог-реаниматолог: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись врача)

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательством (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего структурным подразделением и главного врача, а в выходные/праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заведующего структурным подразделением и главного врача, а в выходные/праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

*подпись пациента/законного представителя*

Расписался в моем присутствии:

Врач анестезиолог-реаниматолог: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись врача)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

В случаях, когда пациент фактически соглашается на проведение анестезиологического пособия, но отказывается оформить в письменном виде информированное добровольное согласие на проведение анестезиологического пособия: **«Пациент, фактически соглашаясь** с предложенным ему видом и объемом анестезиологического пособия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указание вида и объема анестезиологического пособия)

**но отказывается подписывать** соответствующее информированное добровольное согласие»

Должность, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Должность, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Должность, \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года