

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 13, 19, 20, 22 ФЗ об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ.

Я, _____ добровольно даю свое согласие на проведение мне следующего вида обезболивания, возможности изменений анестезиологической тактики

(название)

Я поставил (ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов, обо всех перенесенных ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (ла) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно – сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, возможность появления тошноты, рвоты слабости в нижних конечностях, психомоторное возбуждение, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению, включая оказание неотложной помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение мне анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях (возможных осложнениях при выполнении анестезии) и связанных с ними риском информирован (информирована)

врачом анестезиологом–реаниматологом: _____

Подпись пациента: _____ / _____

Расписался в моем присутствии:

Врач : _____ / _____

_____. Г.