

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО) _____, являясь
законным представителем несовершеннолетнего _____,
_____ года рождения, находящегося на хирургическом лечении (обследовании) в ООО «Томур» (URING
REGENERATION CLINIC), добровольно даю свое согласие врачу-стоматологу-хирургу ООО «Томур» на
проведение моему ребенку анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в виде _____

(указать название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о
необходимости проведения рекомендуемых врачом манипуляций.

Суть предстоящего медицинского вмешательства:

Мне известно, что в соответствии со ст.19 и ст.20 Федерального закона №323-ФЗ 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 информативного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от этого
вмешательства.

Я подтверждаю, что меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей
анестезиологического пособия:

Анестезиологическое пособие во время процедуры, во-первых, необходимо для обезболивания. Во-вторых, оно
нужно для обеспечения непрерывного контроля над состоянием пациента, включая, поддержание полноценного
дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, пособие включает профилактику
вероятных осложнений во время манипуляции, их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.

Существует несколько видов анестезиологического пособия – **общая анестезия, регионарная анестезия,
местная анестезия с седацией, потенцирование местной анестезии, местная анестезия.**

Возможные осложнения и риски: 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. Я предупрежден (а) 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, непреднамеренного причинение вреда здоровью, даже неблагоприятного
исхода.

Я подтверждаю, что анестезиолог информировал меня о сути и последствиях предлагаемого моему ребенку
анестезиологического пособия.

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

Я предупрежден (а) о необходимости информировать врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего
ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов,
пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных моим ребенком и известных мне травмах, операциях,
заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической
или биологической природы, воздействующих на моего ребенка во время жизнедеятельности, о принимаемых
лекарственных средствах; сообщать правдивые сведения о наследственности, курении, употреблении алкоголя,
наркотических и токсических средств. Я уведомлен (а), что отсутствие достоверной информации может повлиять на
течение анестезиологического пособия.

Непереносимость лекарственных препаратов: _____

Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое моему ребенку
анестезиологическое пособие с врачом. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было
предоставлено достаточно времени для принятия решения.

Я разрешаю выполнение медицинских манипуляций, необходимых для проведения запланированного моему
ребенку пособия. Я согласен (на) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести моему ребенку все
необходимые лечебные и диагностические мероприятия (пункции и катетеризации периферических и центральных вен,
катетеризация мочевого пузыря, интубация трахеи, установка желудочного зонда и др.), привлечь для этого тех
медицинских специалистов, которых сочтет необходимыми исполнителем.

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

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что выбор вида обезболивания мною был произведен после
получения полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных
вариантах обезболивания, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о
лекарственных средствах, необходимых для приема до операции, во время операции и после операции, и не имею по
этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все
интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с анестезиологическим обеспечением медицинского
вмешательства. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось
невнятных вопросов к врачу.

