

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области**

**«Областной перинатальный центр»**

**(ГБУЗ ВО «ОПЦ»)**

**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, родоразрешении) в отделении \_\_\_\_\_

(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): \_\_\_\_\_

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (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 (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) 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, 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;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) 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.

О последствиях \_\_\_\_\_

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматором:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматора)

“ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(подпись)

X

(Должность, И.О. Фамилия)

## ПРИМЕЧАНИЕ:

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 главного врача/заместителя главного врача по лечебной работе, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.