

**Общество с ограниченной ответственностью «Джордж-Поликлиника»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В  
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Я, \_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество (полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, адрес регистрации по месту жительства:

<i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан</i>	
являюсь законным представителем ( <b>мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель</b> ) ребенка или лица,	
признанного недееспособным:	_____
<small>(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)</small>	
_____	

подтверждаю, что мне, согласно моей воле и в доступной для меня форме, даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого), в том числе о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

**В соответствии с рекомендациями врача, я добровольно даю согласие на проведение мне (представляемому) анестезиологического обеспечения:**

В/в анестезия / медикаментозная седация

название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики

• Я подтверждаю, что перед проведением анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства был(а) информирован(а) о необходимой подготовке к проведению анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара, а именно:

- ✓ проведение клинического анализа крови (для всех пациентов старше 40 лет, а при наличии хронических заболеваний — вне зависимости от возраста);
- ✓ проведение электрокардиографии (ЭКГ) с получением заключения врача функциональной диагностики (для всех пациентов старше 40 лет, а при наличии хронических заболеваний — вне зависимости от возраста);
- ✓ при наличии хронических заболеваний, необходимости ежедневного (регулярного) приема лекарственных препаратов — получение заключения лечащего врача (либо врача-терапевта) об отсутствии противопоказаний к проведению анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в амбулаторных условиях;
- ✓ последний прием пищи — не позднее 22:00 часов дня, предшествующего дню проведения анестезиологического обеспечения; последний прием жидкости — не позднее 6 часов до проведения анестезиологического обеспечения;
- ✓ отказ от курения в день проведения анестезиологического обеспечения;
- ✓ освобождение ногтей от маникюрного лака (как минимум, по одному пальцу на каждой кисти), отсутствие макияжа;
- ✓ отсутствие украшений (кольца, серьги, цепочки и т. п.) и съемных зубных протезов.

• Я информирован (информирована) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения.

• Я осознаю, что техника проведения предстоящего анестезиологического обеспечения не позволяет в полной мере и достоверно оценить анатомические и физиологические особенности моего организма (организма представляемого) и результат планируемого анестезиологического обеспечения не может быть гарантирован. Вместе с тем мне гарантировано проведение анестезиологического обеспечения специалистами соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

• Я в доступной форме информирован (информирована) о возможных побочных эффектах предстоящего анестезиологического обеспечения, не являющихся дефектом лечения, в том числе: сухость во рту, тошнота и рвота, снижение скорости физических и психических реакций на события, сонливость, головная боль, озноб, нарушения ритма сердца, отсроченные нарушения дыхания, нарушения функции печени, повышение температуры тела. Я информирован (информирован) о необходимости обращения за медицинской помощью при возникновении у меня (у

представляемого) любых тревожащих симптомов после окончания анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском развития нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного (смертельного) исхода.

- **Мне разъяснено и я осознаю, что по время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В случае их возникновения я даю согласие на изменение вида и тактики анестезиологического пособия врачами по их усмотрению.**

- Я подтверждаю, что перед проведением анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства мне были предоставлены рекомендации, которые были мною поняты и которые я соглашаюсь выполнять, а именно:

- ✓ покидать медицинский центр допускается только с разрешения врача — анестезиолога-реаниматолога и в сопровождении родственника (либо любого другого доверенного лица), т.к. после окончания анестезиологического обеспечения необходимо наблюдение в течение нескольких часов, в т.ч. по пути домой;
- ✓ необходимо воздержаться от курения в течение, как минимум, двух часов после окончания анестезиологического обеспечения;
- ✓ запрещены все виды деятельности, требующие повышенного внимания в течение 24 часов после окончания анестезиологического обеспечения (в том числе, но не ограничиваясь, управление транспортными средствами, работа со сложным техническим оборудованием, принятие ответственных решений);
- ✓ отказ от приема алкоголя, алкогольсодержащих напитков и продуктов в течение, как минимум, 24 часов после окончания анестезиологического обеспечения;
- ✓ отказ от приема любых лекарственных препаратов без согласования с лечащим врачом либо врачом — анестезиологом-реаниматологом в течение, как минимум, 24 часов после окончания анестезиологического обеспечения;
- ✓ начало приема жидкости — не ранее, чем через 2 часа после окончания анестезиологического обеспечения (начинать с 1-2 глотков, с перерывами по 10-15 минут; в случае отсутствия тошноты после начального приема жидкости, возможно постепенное увеличение объема принимаемой жидкости, при хорошем самочувствии — начало приема пищи).

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого).

- 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. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Мне в доступной для меня форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

- Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врача мною поняты, возможный риск предстоящего анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства мною осознан.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты.

- Мне известно, что в соответствии со ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, сведения о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, являются врачебной тайной. Сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть разглашены только по основаниям, предусмотренным законодательством России или с моего личного письменного согласия.

**Гарантия конфиденциальности информации, составляющей врачебную тайну, мне подтверждена.**

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Подпись пациента (законного представителя пациента):

✓ \_\_\_\_\_

*собственноручно: фамилия, имя, отчество, личный росчерк*

Пациент (законный представитель пациента) подписал документ в моем присутствии:

✓ \_\_\_\_\_

Анестезиолог - реаниматолог

Шевчук С.А.

*должность, фамилия, инициалы, подпись врача*