

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

В соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

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 БУ ОКД «ЦД и ССХ» добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

- V** _____
(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, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, 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 средств;
 - Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать до и после его проведения;
 - Я имел (имела) возможность задавать любые интересующие меня вопросы об особенностях предстоящего мне анестезиологического пособия и получил (а) исчерпывающие ответы;
 - 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 и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога полностью)

"__" ____ 20__ года. Подпись пациента/ **V** _____

Я, врач анестезиолог – реаниматолог разъяснил пациенту (пациентке) особенности, ход выполнения, риск и возможные осложнения анестезиологического обеспечения предстоящего медицинского вмешательства, предоставил исчерпывающие ответы на все вопросы, в том числе на альтернативные методы анестезиологического обеспечения. Пациент(ка) согласился(ась) с предложенным планом анестезиологического обеспечения, в чем расписался(ась) собственноручно (или расписался его законный представитель)

Беседу провел врач анестезиолог- реаниматолог: _____
(подпись врача)

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 врач с последующим уведомлением заместителя главного врача по направлению, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

«__» ____ 20__ года (дата оформления)	_____ (подпись лечащего врача)	_____ (Ф.И.О. лечащего врача)
«__» ____ 20__ года (дата оформления)	_____ (подпись врача)	_____ (фамилия, имя, отчество врача, должность)
«__» ____ 20__ года (дата оформления)	_____ (подпись врача)	_____ (фамилия, имя, отчество врача, должность)