

ООО «Анапский медицинский диагностический центр»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я _____
(фамилия, имя, отчество — полностью)
_____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем 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 в *отделении Хирургического профиля ООО «Анапский медицинский диагностический центр»*
добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

_____ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

— Я уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить 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 уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить 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 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 иного 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-реаниматологом:
_____ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/ законного представителя ✓ _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(должность, И.О.Фамилия)

Дополнительная информация: _____

«__» _____ 20__ года. Подпись пациента/ законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(должность, И.О.Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____
Должность, Ф.И.О. и подпись _____

«__» _____ 20__ года