

**Информированное добровольное согласие  
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства № 1**

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 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. Мой врач объяснил риски этой процедуры, предложил мне альтернативные методы лечения, и рассказал мне об ожидаемых результатах и что может произойти, если не проводить лечение. Я также понимаю, что анестезиологические услуги необходимы и что мой врач может выполнить процедуру.

- Мне было объяснено, что **все** формы анестезии связаны некоторым **риском** и никаких гарантий или обещаний не могут быть сделаны относительно результатов моей процедуры или лечения. Несмотря на редкие, неожиданные *тяжелые осложнения* при анестезии могут произойти и включают отдаленную возможность *инфекций, кровотечений, лекарственных реакций, тромбозов, потери чувствительности, потери функции конечности(ей), паралич, инсульт, повреждение головного мозга, нарушения ритма сердца или смерть*. Я понимаю, что эти риски применимы ко всем формам анестезии и что дополнительные или специфические риски указаны ниже, поскольку они

могут применяться к определенному типу анестезии. Я понимаю какой будет использоваться тип(ы) анестезии, что проверили до моей процедуры и что анестезия представленная далее будет использоваться для моей операции и выбранная анестезиологическая тактика, которая будет использоваться определяется многими факторами, в том числе и моим физическим состоянием.

- 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. При проведении процедуры анестезиолог будет учитывать рекомендации хирурга и мои собственные предпочтения. Мне было объяснено, что иногда метод анестезии, который предполагает использование местной анестезии с седацией или без нее, может быть неудачен, следовательно, техника наркоза может измениться, в т.ч. может быть использован общий наркоз.

- 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.

Врач \_\_\_\_\_ информировал меня о технике, ожидаемых результатах и рисках предлагаемого мне вида анестезии (подчеркнуть):

Общий наркоз	Ожидаемый результат	Общее состояние без сознания, возможно размещение трубки в трахею
	Техника	Препараты вводятся внутривенно или ингаляционно, или вводятся другими путями
	Риски	Боль во рту или горле, хрипота, повреждение во рту или зубов, интраоперационное пробуждение, повреждение кровеносных сосудов, аспирация, пневмония
Спинальная или эпидуральная анестезия	Ожидаемый результат	Временное снижение или потеря чувствительности и/или движение в нижней части тела
	Техника	Анестетик вводят через иглу/катетер расположенный либо непосредственно в спинномозговом канале или непосредственно рядом с ним
	Риски	Головная боль, боли в спине, шум в ушах, судороги, инфекции, постоянные слабость, онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов, «тотальный спинальный блок»

Большой/малый блок нерва	Ожидаемый результат	Временная потеря чувствительности и/или движения в конкретных конечности или области тела
	Техника	Анестетик вводят вблизи нервов, обеспечивающих потерю чувствительности в области операции
	Риски	Инфекция, судороги, слабость, постоянные онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов
Внутривенная местная анестезия	Ожидаемый результат	Временная потеря чувствительности и/или движения конечности

С седацией Без седации	Техника	Анестетик вводят в вены руки или ноги с помощью жгута
	Риски	Инфекция, судороги, постоянное онемение, остаточная боль, повреждение кровеносных сосудов
Контролируемая анальгезия (с седацией)	Ожидаемый результат	Снижение тревоги и боли, частичная или полная амнезия
	Техника	Анестетик вводится в кровь, ингаляционно через легкие, или другими путями, обеспечивая полубессознательное состояние
	Риски	Бессознательное состояние, депрессия дыхания, травма кровеносных сосудов
Контролируемая анальгезия (без седации)	Ожидаемый результат	измерения жизненно важных признаков, наличие анестезии обеспечение для дальнейшего вмешательства
	Техника	нет
	Риски	Повышение уровня тревоги и / или дискомфорт

Я также даю согласие на альтернативные виды анестезии, если это необходимо, или это будет сочтено целесообразным врачами.

Я подтверждаю и признаю, что я прочитал эту анкету или она была мне прочитана, я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты планирующейся анестезии. У меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и принять решение.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента/  
законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)  
(Должность, Ф.И.О.)