

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:

Я, : ____,

выдан: _

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка: __

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения

находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
(название отделения)

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;

– 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, получив от работников ОГАУЗ ГИМДКБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (предоставляемому) бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи застрахованным на территории Российской Федерации, даю свое согласие на оказание мне (предоставляемому) платных медицинских услуг и готов (готова) их оплатить.

– Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел (рассмотрела) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне (предоставляемому) могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе;

– 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)

– Дополнительная информация: _____

_____.

" _____ " _____ 20 _____ г.

Пациент (законный представитель) _____.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Должность, И.О.Фамилия)

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача (заместителя главного врача по лечебной части), а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

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:

Я, : ____,

выдан: _

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка: __

Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения

находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
(название отделения)

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;

– 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, получив от работников ОГАУЗ ГИМДКБ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (предоставляемому) бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи застрахованным на территории Российской Федерации, даю свое согласие на оказание мне (предоставляемому) платных медицинских услуг и готов (готова) их оплатить.

– Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел (рассмотрела) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне (предоставляемому) могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе;

– 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)

– Дополнительная информация: _____

_____.

" _____ " _____ 20 _____ г.

Пациент (законный представитель) _____.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____.
(Должность, И.О.Фамилия)

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача (заместителя главного врача по лечебной части), а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.