



ТHERAPY SURGERY CLINIC

ООО «ТС Клиника»

350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ

Я _____, находящегося на лечении (обследовании) в ООО «ТС Клиника», адрес: город Краснодар, ул. Кузнечная, д.2,офис 91, добровольно даю свое согласие и прошу врача-анестезиолога, являющегося сотрудником ООО «ТС Клиника» о проведении мне анестезиологического пособия с объемом согласованном в п. 2.3. настоящего документа.

- 1.1 Я подтверждаю, что меня ознакомили с основными фактами, касающихся сущности и особенностей анестезиологического пособия.
- 1.2 Анестезиологическое пособие во время операции или процедуры, во-первых, необходимо для обезболивания. Во-вторых, оно нужно для обеспечения непрерывного контроля за состоянием пациента, включая, поддержание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, пособие включает профилактику вероятных осложнений во время операции, их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.
- 1.3. Существует несколько видов анестезии – общая анестезия, регионарная анестезия, местная анестезия и мониторируемая седация. Любой тип анестезии представляет определённый риск. Общий риск смерти, связанный с анестезией, составляет примерно 1 случай на 10 000 проведенных анестезий. У относительно здоровых пациентов этот риск значительно ниже – 1 случай на 50 000 анестезий. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятный, тем не менее, во время операции или процедуры могут происходить значительные колебания деятельности жизненно важных систем организма, возможны проявления ятрогении, неполадки аппаратуры. В большинстве случаев такие нарушения успешно ликвидируются анестезиологом. Однако при определенных условиях это может привести к развитию дополнительного заболевания, которое называют осложнением анестезии.

Анестезиологическое пособие.

- 2.1 Я подтверждаю, что анестезиолог информировал меня о предполагаемом мне анестезиологическом пособии.
- 2.2 Проведение мне данной операции/процедуры планируется в условиях операционной.
- 2.3 План данного анестезиологического пособия включает

2.4 Я утверждаю, что получил предписание моего анестезиолога прекратить прием пищи и жидкости за шесть часов до оперативного вмешательства. Я готов полностью соблюдать данное предписание. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания.

2.5 Я утверждаю, что информировал анестезиолога обо всех перенесённых заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на следующие вещества _____ и обо всех других фактах, касающихся моего лечения. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

2.6 Я утверждаю, что ни анестезиологом, ни другими сотрудниками данного лечебного учреждения мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода анестезии.

Осложнения.

- 3.1 Мне объяснили, что общее состояние моего здоровья соответствует _____ классу по пятибалльной международной анестезиологической классификации ASA. Статистические исследования показали, что вероятность осложнений во время анестезии у пациентов 2 класса выше в два раза, у 3 класса в три раза, а у 4 и 5 классов в четыре раза, чем у пациентов 1 класса.
- 3.2 К наиболее важным опасностям предполагаемого мне анестезиологического пособия относятся: апноэ (остановка дыхания), гипоксия любого типа, остановка сердца, индивидуальная непереносимость (анафилактический шок), аспирация содержимого ЖКТ, : регургитация желудочного содержимого в дыхательные пути, приводящая либо к асфиксии, либо к тяжелым послеоперационным пневмониям; ПОТР (синдром послеоперационной тошноты и рвоты, постпункционный синдром, субдуральная и эпидуральная гематома. При эндотрахеальном наркозе помимо вышеперечисленного могут возникнуть такие побочные реакции и осложнения как повреждение слизистых оболочек ротоглотки, структур гортани и трахеи; перегиб или obturация эндотрахеальной трубки; ларинго- и бронхоспазм – непредвиденное сужение просвета дыхательных путей, что затрудняет ИВЛ; введение трубки в один из магистральных бронхов, что становится причиной пневмоторакса, разрыва легкого, неадекватной оксигенации организма; повреждение эмали зубов или зубных протезов, имплантатов.

Альтернативы.

Tsclinic



ТHERAPY SURGERY CLINIC

ООО «ТС Клиника»

350015 г. Краснодар ул. Кузнечная д. 2 офис 91
ИНН 2310213725 КПП 231001001
ОГРН 1192375027107 БИК 040349700
Филиал «Южный» ПАО Банк «Уралсиб»
г. Краснодар к/с 30101810400000000700 р/с
40702810047200000914

4.1 Осуществимыми альтернативами предполагаемой мне анестезии являются

4.2 Основанием для выбора анестезиологом данного пособия является мое желание, с учетом характера планируемого мне хирургического вмешательства.

Декларация пациента:

5.1 Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Анестезиолог предоставил мне возможность выслушать второе мнение, но я решил придерживаться его позиции.

5.2 Тем самым я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу-реаниматологу _____ провести мне запланированное анестезиологическое пособие.

5.3 Я согласен и разрешаю проведение мне запланированного пособия, описанного в пунктах 2.2 и 2.3, а также на проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог сочтет это необходимым.

5.4 Я согласен и разрешаю анестезиологу, если он сочтет необходимым, привлекать для проведения анестезии под своим наблюдением других врачей, сестер - анестезистов, других сотрудников лечебного учреждения и студентов.

5.5 Я согласен и разрешаю анестезиологу опубликовать информацию о моей анестезии в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.

5.6 Я согласен и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог сочтет необходимыми.

5.7 Я утверждаю, что всё вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно, мне также мне понятно назначение данного документа.

Я ознакомлен (-а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на проведение мне анестезиологического пособия. Дополнительных разъяснений мне не требуется, что удостоверяю своей подписью.

5.8. Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны медицинских сотрудников ООО «ТС Клиника», обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимого мне вмешательства.

Пациент (фамилия и подпись) _____ Если пациент
несовершеннолетний ____ лет или неспособен дать согласие поскольку

Опекун или родитель (фамилия печатными буквами и подпись)

Свидетель (фамилия печатными буквами и подпись)

Свидетель (фамилия печатными буквами и подпись)

Дата _____ Время _____

Декларация анестезиолога.

6.1 Я утверждаю, что объяснил пациенту содержание этого документа и ответил на все его вопросы. Я полагаю, что пациент хорошо информирован и согласен на планируемое анестезиологическое пособие.

6.2 Я утверждаю, что не давал пациенту никаких обещаний и гарантий в отношении того или иного исхода анестезии. Я заверил пациента в том, что я использую весь свой опыт и умения, а также приложу максимум усилий и внимания для предотвращения возможных осложнений

Анестезиолог (фамилия печатными буквами и подпись)

Дата _____ Время _____

Tsclinic