

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Федеральное государственное автономное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр  
«Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза»  
имени академика С.Н. Федорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России)

П Р И К А З

18.05.2021

Москва

№ 107

**Об утверждении и введении в действие  
новой редакции типовой формы  
информированного добровольного согласия  
на анестезиологическое обеспечение  
медицинского вмешательства**

В целях соблюдения Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и совершенствования типовых форм документов при оказании медицинских услуг,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить новую редакцию типовой формы информированного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства (приложение 7 к приказу генерального директора от 29.11.2019 г. № 242 «Об утверждении и введении в действие типовых форм документов при оказании медицинских услуг» (Приложение).
2. Начальнику отдела научной информации Политовой Е.А. обеспечить размещение текста настоящего приказа на официальном сайте Учреждения.
3. Заместителю генерального директора по организационной работе и инновационному развитию Ходжаеву Н.С. довести настоящий приказ до сведения филиалов.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главного врача клиники Соболева Н.П.

Генеральный директор

А.М. Чухраёв

## Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я, Пациент \_\_\_\_\_,  
медицинская карта Пациента № \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая)  
по адресу: \_\_\_\_\_,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, являясь  
законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) Пациента,  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина - полностью)

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

находясь на лечении (обследовании) в ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России в отделении \_\_\_\_\_, № палаты \_\_\_\_\_  
добровольно даю свое согласие на проведение мне \_\_\_\_\_;

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

Я информирован(а) о праве анестезиолога изменять тактику ведения анестезии и возможности развития следующих осложнений при выполнении анестезиологического пособия операции:

- боль в горле, осиплость голоса, кашель, отек гортани, ларингоспазм, бронхоспазм, тошнота и рвота в послеоперационном периоде;
- гематомы на местах неудачных попыток катетеризации вен;
- ретробульбарная, парабульбарная гематома, перфорация глазного яблока после инъекции;
- отеки конечностей при несостоятельности венозного русла в месте стояния периферического катетера;
- аллергические реакции, в том числе анафилактический шок;
- гипертермия, в том числе злокачественная гипертермия;
- травма губ, языка, носа, глотки, гортани, зубов, вплоть до травматической экстракции зубов, повреждение брекетов и других ортодонтических конструкций;
- пневмоторакс, гемоторакс, гидротракс, регургитация и аспирация;
- судороги, вплоть до развития эпилептического статуса;
- острая дыхательная и/или сердечно-сосудистая недостаточность, требующие проведения интенсивной терапии, вплоть до сердечно-легочной реанимации;
- другие возможные непредвиденные обстоятельства и осложнения.

Я также добровольно и осознанно даю согласие и уполномочиваю врача анестезиолога-реаниматолога на изменение анестезиологической тактики, если он посчитает это необходимым во время анестезиологического обеспечения операции, а также выполнение возможных инвазивных манипуляций и лабораторных исследований при необходимости.

Я предупрежден(а), что последний прием пищи не позднее чем за 8 часов до операции, а последний прием жидкости не позднее чем за 4 часа до планируемой операции, если иное время не оговорено анестезиологом-реаниматологом и обязуюсь строго выполнять все требования по режиму питания перед оперативным вмешательством и сообщать лечащему врачу и врачу анестезиологу-реаниматологу о всех случаях его нарушения.

Я предупрежден(а) врачом анестезиологом о потенциальной опасности для здоровья пациента, во время и после операции, в следующих случаях:

- при неполном информировании врача анестезиолога-реаниматолога о моих медицинских проблемах;
- при нарушении рекомендаций врача анестезиолога-реаниматолога по поведению до - и после операции.

Я утверждаю, что мне была предоставлена возможность задать любые вопросы врачу анестезиологу-реаниматологу, относящиеся к предстоящему анестезиологическому обеспечению операции, и полученная информация мне понятна, осознана мной(ю) и полностью меня удовлетворила.

Мне было предоставлено достаточно времени для принятия мной(ю) осознанного решения о согласии на анестезиологическое обеспечение операции. Я информирован(а), что имею право отозвать его в любое время до начала анестезиологического обеспечения операции.

Я разрешаю врачу анестезиологу-реаниматологу опубликовать любую информацию об анестезии в научных и образовательных целях, исключив возможность идентификации.

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 генерального директора учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

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 Пациента решает реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением генерального директора Учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

Подпись пациента (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_ \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач - анестезиолог \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О., \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Должность, Ф.И.О., \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Должность, Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)