

к приказу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России от «23» 08 2023 г. № 198

**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 \_\_\_\_\_

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

Дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(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 несостоительности 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;
- острые 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 Пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач - анестезиолог

(должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Консилиум врачей в составе:

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)