

**Информированное добровольное согласие  
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

г.Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Я, ФамилияИмяОтчествоПациента, ДатаРожденияПациента, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент(ка), настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о моем диагнозе, степени тяжести и прогнозе заболевания, сопутствующих заболеваниях и необходимости проведения анестезиологического обеспечения оперативного вмешательства (манипуляции, инвазивного исследования).

Врачом-анестезиологом: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, о последствиях, возможных осложнениях при его выполнении и связанных с ним рисками.

Я предупрежден(а) 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 обеспечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со своим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; о наличии хронических заболеваний, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что выбор препаратов и методики проведения анестезиологического обеспечения остается за врачом-анестезиологом, и что по ходу анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения или выполнение лечения без применения анестезиологического обеспечения. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения.

Мне разъяснено, что наиболее частыми осложнениями применения анестезии являются: тошнота, рвота, травматическая экстракция и повреждение зубов, боль и першение в горле, болезненность мышц после анестезии, аллергические реакции, уплотнение и болезненность вены после инфузий, реже спазм голосовых связок и другие осложнения.

Осложнениями анестезиологического обеспечения в исключительных случаях с малой степенью вероятности возникновения могут являться: остановка сердца, повреждение головного мозга, инфаркт сердечной мышцы, аспирация желудочного содержимого, пневмония, поражение печени и почек, нарушение функции или паралич конечности, злокачественная гипертермия.

Злокачественная гипертермия - это редкое, угрожающее для жизни, наследующееся по аутосомно-рецессивному типу, фармакогенетическое заболевание мышц, возникающее у чувствительных пациентов, в случае, когда в их организм попадает ингаляционный анестетик.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Медицинском Анамнезе назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю и принимаю то, что при проведении анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства положительный результат не гарантирован, однако гарантировано

проведение медицинского вмешательства специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.**

**Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия. Я подтверждаю свое согласие на проведение мне анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)