

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ.

### На анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства.

Я, нижеподписавшийся (-аяся) \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_, находясь на лечении \_\_\_\_\_, . Адрес регистрации: \_\_\_\_\_ (обследовании) в стационаре ООО «НИЦ Эко-безопасность» в палате № \_\_\_\_\_, добровольно даю свое согласие на проведение мне операции (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, пыли, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об 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 (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 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-реаниматором (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога): \_\_\_\_\_

ФИО пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

ФИО врача: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_