Приложение к договору№ \_\_\_\_

От «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

**Информированное согласие на анестезиологическое обеспечение**

Врач-анестезиолог сегодня, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г., объяснил мне сущность метода обезболивания, под которым мне (моему родственнику) будет производиться медицинское вмешательство. Я заверяю, что мне были даны понятные ответы по всем интересующим меня вопросам, и я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом-анестезиологом процедуру предстоящей анестезии.

Мне известно, что анестезиологическое пособие само по себе не является способом лечения моего заболевания, хотя и способно в известной степени влиять на его исход. Вместе с тем, я осознаю, что проведение анестезии сопряжено с определенным риском потенциально опасных для здоровья и жизни осложнений, в том числе и тех, предвидеть которые не представляется возможным. Я понимаю, что в случае возникновения подобного рода осложнений во имя сохранения моей жизни и здоровья возможно изменение первоначального плана анестезии и операции, а также проведение мне таких вмешательств, как интубация трахеи с последующим переводом на искусственную вентиляцию легких, коникотомия и трахеотомия, пункция и катетеризация магистральных сосудов, переливание компонентов и препаратов крови. Я даю согласие на проведение этих вмешательств в случае их необходимости.   
 Также мне известно, что кроме всего этого, проведение анестезии может привести к некоторым осложнениям, которые не несут прямой угрозы для моей жизни, тем не менее, могут осложнить течение послеоперационного периода и потребовать дальнейшего лечения.  
 При общей анестезии:

- боль в горле, осиплость голоса, нарушения глотания, повреждение зубов при интубации трахеи, повреждение глаз, посленаркозная мышечная дрожь, тошнота и рвота во время анестезии и после нее.

При регионарной (проводниковой, спинальной, эпидуральной) анестезии:

- боль и неприятные ощущения во время пункции, головная боль, неврологические расстройства, эпидуральная гематома, инфекционные осложнения, неадекватность анестезии с последующим переходом на общее обезболивание.

Я заявляю, что сообщил(а) врачу-анестезиологу все сведения, касающиеся аллергических реакций у меня и моих родственников, вместе с тем осознаю, что в процессе проведения анестезии возможно возникновение непредвиденной реакции на тот или иной препарат, что потребует соответствующих лечебных действий.

Аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я знаю, что в случае возникновения во время операции и анестезии осложнения возможно изменение первоначально выбранной тактики лечения, изменение объема медицинского вмешательства или отказ от его выполнения.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. пациента)  
  
прошу, чтобы мне провели анестезию согласно предложенному плану:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
  
Врач-анестезиолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

