

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

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу _____

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

Я, _____ паспорт _____
_____ выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
ребенка или лица признанного недееспособным
_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

находясь на лечении в _____
(полное наименование медицинской организации)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

_____ (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, пыльцы цветов, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, 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 мне (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:

_____ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога)

« _____ » _____ 20 ____ года. Подпись пациента _____

законного представителя _____

Расписался в моем присутствии _____

Врач _____ (подпись)

(Должность, И.О.Фамилия)