



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Калининградской области
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
(ЦГКБ)
236005, г. Калининград, ул. Летняя, д. 3
Телефон/факс: 8 (401-2) 64-78-21, 63-14-11, E-mail: cgkb@infomed39.ru, сайт: cgkb.infomed39.ru,
ИНН/КПП 3908010986/390601001, ОГРН 1023901864095, ОКПО 05061408

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение оперативного 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:
(ФИО ребенка/ недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении _____
(название отделения, номер палаты)
добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

_____ (название вида обезболивания)

- 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 мною (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, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. 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 мне (предоставляемому) 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;

- Я предупрежден (предупреждена), что при наличии постоянных зубных протезов о возможности их повреждения или возникновения в дельнейшем патологической подвижности их;

- 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-реаниматологом:

_____ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

" ____ " _____ 20 ____ года

Подпись пациента/законного представителя



СМОТРИТЕ ОБОРот БЛАНКА

СОГЛАСИЕ НА АНЕСТЕЗИЮ

ПРИМЕЧАНИЕ:

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.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача ГБУЗ КО «Центральная городская клиническая больница», 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 о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача ГБУЗ КО «Центральная городская клиническая больница», а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

"__" _____ 20__ года Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ / _____
(должность, И.О. Фамилия)



**По тяжести состояния согласие дать не может.
Решение принято коллегиально.**

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

"__" _____ 20__ года

согласие на анестезию