

**Информированное добровольное согласие**

**на анестезиологическое пособие**

 Согласно ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Вы как пациент имеете право получить информацию о состоянии Вашего здоровья и рекомендуемых хирургических, лечебных и диагностических процедурах. Эта информация позволит вам, зная риск и опасности, принять решение подвергнуться или воздержаться от предложенной вам процедуры.

Я {ФамилияИмяОтчество}

(фамилия, имя, отчество пациента)

 (фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:* Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения  |

**Общая информация**

1.1. Я подтверждаю, что меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей анестезиологического пособия.

1.2. Для чего необходимо анестезиологическое пособие? Анестезиологическое пособие во время операции или процедуры, во-первых, необходимо для обезболивания. Во-вторых, оно нужно для обеспечения непрерывного контроля за состоянием пациента, включая, поддержание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, пособие включает профилактику вероятных осложнений во время операции, их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.

1.3. Какие бывают виды анестезии? Существует несколько видов анестезии - общая анестезия, регионарная анестезия, местная анестезия и мониторируемая седация.

 1. **Общая анестезия** вызывает полную утрату сознания и восприятия боли, но при этом оказывает угнетающее влияние на дыхание, кровообращение и другие важные функции организма. Такой тип анестезии производится либо внутривенным велением специальных препаратов, либо вдыханием наркотических газов. Во время общей анестезии анестезиолог нередко вводит в трахею пациента трубку, чтобы обеспечить полноценное дыхание, подачу кислорода и газообразного анестетика. В зависимости от сложности операции, может быть так же поставлен катетер в мочевой пузырь. Такая анестезия позволяет безболезненно выполнить любое хирургическое вмешательство.

 2. **Регионарная анестезия** вызывает утрату чувствительности отдельного участка тела или конечности. Это достигается путем инъекции специальных препаратов в область нервных пучков или корешков, что вызывает временное прекращение проведения по ним болевых импульсов. Такая анестезия оказывает значительно меньшее влияние на дыхание и кровообращение. Регионарная анестезия позволяет безболезненно выполнить большинство операций на конечностях, на органах нижней части живота, промежности и в акушерстве.

 3. **Местная анестезия** вызывает утрату болевой чувствительности на небольшом участке поверхности тела, в которую путем нескольких инъекций ввели специальный препарат. Такая анестезия почти не оказывает влияние на дыхание и кровообращение. Она позволяет выполнить небольшие хирургические операции и процедуры.

 4. **Мониторируемая седация** производится путем внутривенного введения специальных препаратов, которые вызывают сонливость, уменьшение чувства тревоги и страха, а так же обезболивание. Эти препараты так же могут оказывать угнетающее влияние на дыхание и кровообращение, что требует внимательного мониторного контроля. Седация применяется при некоторых лечебных и диагностических процедурах.

1.4. Риски, связанные с анестезией. Любой тип анестезии представляет определённый риск. Общий риск смерти связанный с анестезией составляет примерно 1 случай на 100 000 проведенных анестезий. У относительно здоровых пациентов этот риск значительно ниже - 1 случай на 150 000 анестезий. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятный, тем не менее, во время операции или процедуры могут происходить значительные колебания деятельности сердечно-сосудистой системы и дыхания пациента, врачебные ошибки, неполадки аппаратуры. В большинстве случаев такие нарушения успешно ликвидируются анестезиологом. Однако при определенных условиях это может привести к развитию дополнительного заболевания, которое называют осложнением анестезии. Наиболее частыми осложнениями являются (не ограничиваясь указанными) осаднение глотки или гортани дыхательной трубкой, тошнота, рвота, болезненность мышц после анестезии, аллергии, уплотнение и болезненность вены после инфузий, реже спазм голосовых связок и повреждение зубов. Очень редко, но могут случаться (не ограничиваясь указанными) такие тяжелые осложнения анестезии как остановка сердца, повреждение головного мозга, инфаркт сердечной мышцы, травма легких, аспирация желудочного содержимого, пневмония, поражение печени и почек, нарушение функции или паралич конечности.

**Анестезиологическое пособие**

 2.1. Я подтверждаю, что анестезиолог информировал меня о предполагаемом мне анестезиологическом пособии.

2.2. Проведение мне данной операции/процедуры планируется в условиях: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3. План данного анестезиологического пособия включает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.4. Я утверждаю, что получил предписание моего анестезиолога прекратить прием пищи и жидкости с \_\_ часов\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ числа. Я готов полностью соблюдать данное предписание. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания.

2.5. Я утверждаю, что информировал анестезиолога обо всех перенесённых заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях на следующие вещества: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и обо всех других фактах, касающихся моего лечения. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

2.6. Я утверждаю, что сообщил врачу обо всех, постоянно принимаемых мною лекарственных препаратах и биологически активных добавках. В том числе, аспирин, плавикс и прочие дезагреганты и антикоагулянты, оральные контрацептивы и прочие прокоагулянты не принимаю. Принимаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в дозе, последний прием\_\_ часов числа

2.7. Я утверждаю, что ни анестезиологом, ни другими сотрудниками данного лечебного учреждения мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода анестезии.

**Осложнения**

3.1. Мне объяснили, что общее состояние моего здоровья соответствует \_\_ классу по пятибалльной международной анестезиологической классификации ASA. Статистические исследования показали, что вероятность осложнений во время анестезии у пациентов 2 класса выше в два раза, у 3 класса в три раза, а у 4 и 5 классов в четыре раза, чем у пациентов 1 класса.

3.2. К наиболее важным опасностям предполагаемого мне анестезиологического пособия относятся

**Общая анестезия**

• Повреждение полости рта, зубов, верхних дыхательных путей, трахеи

• Пневмоторакс

• Перераздувание и разрыв желудка

• Злокачественная гипертермия

• Аллергические реакции вплоть до анафилактического шока

• Нарушения сердечного ритма вплоть до фатальных аритмий

• Интра/периоперационный инфаркт миокарда

• Острое нарушение мозгового кровообращения

• Тромбоэмболия ветвей легочной артерии

• Продленный мышечный блок вследствие дефицита псевдохолинэстеразы

• Мышечные боли, послеоперационная дрожь

• Послеоперационная тошнота и рвота

Регионарная (эпидуральная, субарахноидальная, проводниковая) анестезия

• Постпункционная головная боль

• Эпидуральная гематома

• Судорожный синдром вследствие токсичности местных анестетиков

• Повреждение нервных стволов

• Инфицирование эпидурального пространства

**Альтернативы**

4.1. Осуществимыми альтернативами предполагаемой мне анестезии являются: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.2. Основанием для выбора анестезиологом данного пособия является решение пациента

Согласие пациента.

5.1. Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы я получил удовлетворившие меня ответы. Мне, было, предоставлено достаточно времени для принятия решения. Анестезиолог предоставил мне возможность выслушать второе мнение, но я решил придерживаться его позиции. 5.2 Тем самым я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу-реаниматологу провести мне запланированное анестезиологическое пособие.

5.3. Я согласен и разрешаю проведение мне запланированного пособия, описанного в пунктах 2.2 и 2.3, а также на проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог сочтет это необходимым.

5.4. Я согласен и разрешаю анестезиологу, если он сочтет необходимым, привлекать для проведения анестезии других врачей, сестер анестезистов, других сотрудников лечебного учреждения.

5.5. Я согласен и разрешаю анестезиологу опубликовать информацию о моей анестезии в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.

5.6. Я согласен и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог сочтёт необходимыми.

5.7. Я утверждаю, что / у меня нет возражений / категорически возражаю / против повторного применения одноразовых принадлежностей и расходных материалов при условии их соответствующей стерилизации.

5.8. Я информирован, что данное согласие, действительно 72 часа. Я могу отозвать в любое время до начала анестезии.

5.9. Я информирован и согласен, что анестезиологическое сопровождение во время операции не входит в перечень гарантийных обязательств при стоматологическом лечении. При необходимости проведения повторного лечения в гарантийном периоде на стоматологические услуги с анестезиологическим сопровождением, оплата за анестезиологическое сопровождение производится за счет средств пациент.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{ФамилияИмяОтчество}/ Дата {ТекущаяДатаПолная}

6.0. Я утверждаю, что всё вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

ДАТА: {ТекущаяДатаПолная} г. Время:\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного пациента (ФИО, подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач - Анестезиолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}

 (ФИО, подпись)

ПАМЯТКА после стоматологического лечения в медикаментозном сне мною получена

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_{ФамилияИмяОтчество} «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.