

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Я _____ (ФИО, дата рождения)
Проживающий(ая) по адресу: _____

находясь на лечении в ООО «СЕВЕРНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ» по адресу: г.Северодвинск, пр. Морской, дом 53, помещение 5-Н добровольно даю свое согласие на проведение мне потенцированной местной анестезии.

- Я поставил(а) 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 и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщила правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;
- Я предупрежден(а) 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 согласна на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.
- Я ознакомлен(а) и согласен(а) 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 рисками информирован(а) врачом анестезиологом-реаниматологом: (ФИО врача)

Дата

Подпись пациента _____
(законного представителя)

Расписался в моем присутствии:
Врач-анестезиолог-реаниматолог _____
(Ф.И.О., должность)