

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

**Информированное добровольное согласие  
на обезболивание при малых гинекологических оперативных вмешательствах**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., «\_\_\_» часов «\_\_\_» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Приложение к \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента - полностью)  
19\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта)  
выдан: \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)  
(дата выдачи паспорта)

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 (обследовании, родоразрешении) в \_\_\_\_\_  
(наименование отделения)

\_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_ бюджетного учреждения  
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный  
центр». Добровольно даю свое согласие на проведение мне  
(представляемому): \_\_\_\_\_

(наименование вида обезболивания)

Изменение анестезиологической тактики \_\_\_\_\_  
(вписать – возможно/не возможно)

К малым гинекологическим операциям относятся:

- диагностическая гистероскопия – осмотр полости матки, проводимый с помощью гистероскопа (оптической системы),
- лечебно – диагностическое выскабливание цервикального канала (канал шейки матки, соединяющий полость матки и влагалище),
- лечебная гистероскопия – удаление с помощью гистероскопа полипов матки, миоматозных узлов, лечение заболеваний шейки матки,
- выскабливание полости матки в связи с кровотечениями или другими ситуациями.

Достоинства внутривенного кратковременного наркоза:

1. Возможность с высокой степенью обезболивания провести «малые оперативные вмешательства».

Недостатки внутривенного кратковременного наркоза:

1. Возможно возникновение головокружения, тошноты, рвоты и аспирации содержимого желудка;

2. Возможно развитие угнетения дыхания вплоть до остановки;

3. Возможно возникновение галлюцинаций в раннем посленаркозном периоде.

Техника проведения внутривенного кратковременного наркоза:

Анестезиологическое пособие осуществляется путем внутривенного введения препаратов обладающих седативными и обезболивающими свойствами.

В случае необходимости оказания мне экстренной анестезиологической и реанимационной помощи по жизненным показаниям, наличия осложнений при оказании мне (представляемому) помощи угрожающих моей жизни, отсутствия сознания (клиническая смерть) право выбора метода анестезии я доверяю врачу анестезиологу-реаниматологу.

Я поставила (поставил) 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, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирована (информирован) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупреждена (предупрежден) 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 (согласен) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я ознакомлена (ознакомлен) и согласна (согласен) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны 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

(название вида обезболивания)

информирована (информирован) врачом анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

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 фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее или ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

---

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

**Врач**

---

подпись

Ф.И.О., печать врача

Консилиум врачей в составе:

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

(должность)

(Ф.И.О., печать врача)

(подпись)

---

дата