

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

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

« ___ » _____ 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», Приказом ФМБА от 30.03.2007 г. №88

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 моему (представляемому)
ребенку: _____

(наименование вида обезболивания)
Изменение анестезиологической тактики _____
(вписать - возможно/не возможно)

Я поставила (поставил) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего (представляемого) ребенка, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне (представляемому) травмах, операциях,

заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего (представляемого) ребенка 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 моему (представляемому) ребенку 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 моему (представляемому) ребенку, 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 моему (представляемому) ребенку 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 моему (представляемому) ребенку анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях, возможных осложнениях при выполнении анестезии _____
(название вида обезболивания) _____ и связанных с ними риском 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 (отказ) 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