



ООО «Академия-ВИП» ИНН 5260140104, КПП 526001001, ОКПО 74441464 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д.57 тел./факс +7 (831) 439-77-77, +7 (831) 270-00-00, р/с 40702810242050005072 в Волго-Вятского банке Сбербанка РФ г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603 E-mail: info@academy-vip.com, сайт: www.academy-vip.com

Лицензия № Л041-01164-52/00369992 от 08.04.2020

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении (если ребенок - вписывает ребенок) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших
возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, _____

паспорт: _____

выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или _____ лица, признанного
недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина-полностью, год рождения)

Зарегистрированный(ая) по адресу _____

Адрес фактического проживания _____

находясь на лечении (обследовании) в ООО «Академия ВИП»

добровольно даю свое согласие на проведение мне(лицу, мной представляемому)
представляемому): ФИО: _____

(название вида анестезиологического пособия возможность изменения анестезиологической тактики)

- 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, о принимаемых лекарственных средствах.

- Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении
алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована), что медицинская помощь мне, или лицу, мною представляемому, оказывается в соответствии с порядками, стандартами, клиническими рекомендациями, но в зависимости от индивидуальной клинической ситуацией может быть ее объем увеличен или уменьшен. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

- Я информирован (информирована) о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что
предстоит мне (представляемому) 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;

- Мне полностью объяснили суть и цели планируемого метода анестезии, его достоинства, недостатки, а также возможные осложнения, которые могут возникнуть при проведении данного вида обезболивания.

- Мне разъяснено в доступной форме, 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;

- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида помощи.

- Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

- 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)

Информация о состоянии моего здоровья /или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) может быть передана:

ФИО, телефон _____

ФИО, телефон _____

"__" _____ 20__ года

Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(должность, И.О. Фамилия)

(подпись)

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 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/начальника ЦМСЧ/МСЧ/КБ/Института, 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 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/начальника ЦМСЧ/МСЧ/КБ/Института, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

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

Расписался в моем присутствии:

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

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник _____ подпись _____

"__" _____ г.

"__" _____ 20__ года