****

**Общество с ограниченной ответственностью «ЛораВита»**

454000, г. Челябинск, ул. 50 лет ВЛКСМ, 14а

Тел: (351) 751-22-80, (351) 750-75-99

e-mail: [info@loravita.ru](mailto:info@loravita.ru) сайт: www.loravita.ru

**Приложение № 2**

**к договору № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.**

**Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия**

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.

1. **Общая информация**
   1. Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО полностью)*

Подтверждаю, что меня ознакомили с основными фактами, касающимися сущности и особенностей анестезиологического пособия.

* 1. 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.
  2. Существует несколько видов анестезии – общая анестезия, региональная анестезия, местная анестезия и монтируемая седация. Любой тип анестезии представляет собой определенный риск. Общий риск смерти, связанный с анестезией, составляет примерно 1 случай на 10 000 проведенных анестезий. У относительно здоровых пациентов этот риск значительно ниже, 1 случай на 50 000. Хотя исход анестезии, как правило, благоприятнгый, 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.
  3. Не 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. Достаточно 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, нарушении функции или паралич конечности.

1. **Анестезиологическое пособие**
   1. Я подтверждаю, что анестезиолог информировал меня о предполагаемом мне анестезиологическом пособии.

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

* 1. План данного анестезиологического пособия включает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
  2. Я утверждаю, что получил предписание моего анестезиолога прекратить прием пищи и жидкости с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я готов(а) полностью соблюдать данное предписание. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания.
  3. Я утверждаю, что информировал анестезиолога обо всех перенесенных 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.
  4. 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.

1. **Осложнения**
   1. Мне объяснили, что общее состояние моего здоровья соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_ классу по пятибальной международной анестезиологической классификации ASA. Статические исследования показали, что вероятность осложнений во время анестезии у пациентов 2 класса ваше в два раза, у 3 класса в три раза, а у 4 и 5 классов в четыре раза, чем у пациентов первого класса.[[1]](#footnote-1)
   2. Я информирован(а) о наиболее важных опасностях предполагаемого мне анестезиологического пособия относятся (п. 1.4.), а также \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. **Альтернативы**
   1. Осуществимыми альтернативами предполагаемой мне анестезии является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   2. Основанием для выбора анестезиологом данного пособия является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. **Согласие пациента**
   1. Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Анестезиолог предлагал мне возможность выслушать второе мнение, но я решил(а) придерживаться его позиции.
   2. Тем самым я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу – реаниматологу провести мне запланированное анестезиологическое пособие.
   3. Я согласен(на) и разрешаю проведение мне запланированного пособия, описанного в п. 2.2. и 2.3., а также на проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог сочтет это необходимым.
   4. Я согласен(на) и разрешаю анестезиологу, если он сочтет необходимым, привлекать для проведения анестезии под своим наблюдением других врачей, сестер анестезистов, других сотрудников лечебного учреждения и студентов.
   5. Я согласен(на) и разрешаю анестезиологу опубликовать информацию о моей анестезии в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.
   6. Я согласен(на) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные мероприятия, которые анестезиолог сочтет необходимыми.
   7. Я информирован, что данное согласие действительно 72 часа. Я могу отозвать его в любое время до начала анестезии.
   8. Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Расшифровка подписи)

Если пациент несовершеннолетний \_\_\_\_ лет или неспособен дать согласие поскольку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Опекун или родитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Расшифровка подписи)

Свидетель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Расшифровка подписи)

Свидетель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Расшифровка подписи)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

1. **Декларация анестезиолога**
   1. Я утверждаю, что объяснил пациенту содержание этого документа и ответил на все его вопросы. Я полагаю, что пациент хорошо информирован и согласен на планируемое анестезиологическое пособие.
   2. Я утверждаю, что не давал пациенту никаких обещаний и гарантий в отношении того или иного исхода анестезии. Я заверил пациента в том, что использую весь свой опыт и умения, а также приложу максимум усилий и внимания для предотвращения возможных осложнений.

Анестезиолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Расшифровка подписи)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

1. *1ый класс – системные расстройства отсутствуют. 2ой класс – легкие системные расстройства без нарушений функций. 3ий класс – среднетяжелые и тяжелые системные заболевания с нарушением функций. 4ый класс – тяжелое системное заболевание, которое постоянно представляет угрозу для жизни и приводит к несостоятельности функций. 5ый класс – состояние при котором высок риск летального исхода в течении суток вне зависимости от операции. 6ой класс – смерть головного мозга, донорство органов для трансплантации. E – если вмешательство проводится в экстренном порядке, оценка состояния дополняется буквой «Е» (например «2Е»).* [↑](#footnote-ref-1)