

Информированное согласие на анестезиологическое пособие

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подписывая данный документ, добровольно, без какого-либо внешнего давления, даю согласие на проведение анестезиологического пособия медицинской организацией – Общество с ограниченной ответственностью «Медикал Клуб Консилиум».

Я подтверждаю, что в доступной форме информирован(а) о выбранном врачом анестезиологическом виде и методе анестезиологического пособия.

(указать полное наименование выбранного вида

и метода анестезиологического пособия)

Я, в доступной для меня форме, информирован(а) о характере, особенностях, риске, возможных последствиях и осложнениях анестезиологического пособия, сопряженных с риском инфицирования, развития нарушений сердечно-сосудистой системы, нарушений других органов и систем, и даже летального исхода.

Я осознаю, что никто не может дать обещаний и гарантий относительно полной безопасности проводимого анестезиологического пособия, поэтому никаких обещаний или гарантий относительно благоприятного исхода анестезиологического пособия предоставлено не было.

Я согласен(а) на катетеризацию центральных вен.

В случае если во время анестезии или операции возникнут осложнения или иная непредвиденная ситуация, требующая в интересах моего здоровья изменения вида и метода анестезии, трансфузии компонентов крови и кровезаменителей или проведение иных врачебных мероприятий, я полностью доверяю решение данных вопросов врачу-анестезиологу-реаниматологу.

В случае необходимости я согласна(ен) на проведение повторных анестезий.

Я подтверждаю, что не принимал(а) пищу и не пил(а) любые жидкости за _____ часов до анестезии.

Я подтверждаю, что у меня была возможность обсудить с врачом-анестезиологом-реаниматологом мое состояние, сущность и особенности предполагаемого анестезиологического пособия. На все вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы. Мне, было, предоставлено достаточно времени для принятия решения.

Моя личная подпись удостоверяет, что я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, данные мне объяснения меня полностью удовлетворяют, я полностью понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на вышеуказанное анестезиологическое пособие.

Ф.И.О. пациента(ки) _____

Ф.И.О. законного представителя пациента с указанием характера отношений

(Ф.И.О. полностью, указать родственные или иные отношения)

подпись

« ____ » _____ 20 ____ год