

Учитывая наличие _____

пациенту показано оперативное лечение (медицинское вмешательство) с использованием анестезиологического пособия.

**Информированное добровольное согласие пациента
на анестезиологическое пособие**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____,

выдан: _____,

зарегистрированный(ая) по адресу _____

даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) _____

с использованием анестезиологического пособия _____

в соответствии с результатами обследования в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован, что во время операции может возникнуть необходимость переливания крови и ее компонентов, и даю на это согласие.

Я подтверждаю, что имелась возможность обсудить процедуру обезболивания с врачом анестезиологом-реаниматологом и что мне были даны исчерпывающие ответы по всем интересующим меня вопросам, связанным с анестезиологическим обеспечением.

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 вплоть до остановки сердца, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже летального исхода.

Мне разъяснено 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.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, и мною поняты и добровольно даю согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Пациент _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Законный представитель пациента _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

« ____ » _____ 20 ____ г.