

Анкета пациента перед проведением анестезиологического пособия.

Поясняющая часть

Данный документ составлен на основании закона "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22.07.93 № 5488-1 (с изменениями 02.02.2006).

Внимательно прочтите и ответьте на вопросы анкеты (документ читается и заполняется пациентом или его законным представителем – для лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан) перед проведением анестезии.

Пациент или его законный представитель **подписывают документ в предназначенных для этого графах** (кроме случаев, когда пациент в состоянии выразить свою волю и мысли, но не в состоянии писать и ставить подпись лично)

| |
|--|
| Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан законным представителем пациента. |
| Я, _____ (ФИО), являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, другое: _____ - <i>подчеркнуть или вписать</i>) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью) _____ (Возраст ребенка или недееспособного гражданина) Далее в этом документе я буду отвечать на вопросы и ставить свою подпись от имени пациента, которому предстоит проведение анестезии. Подпись законного представителя: |

Анкета пациента, которому предстоит проведение анестезиологического пособия

(заполняется пациентом или его законным представителем – для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан), если ответ на вопрос заполняющему анкету неизвестен – написать «неизвестно».

| | |
|---|--|
| Вес пациента (кг) | Рост пациента (см) |
| Есть или нет аллергия на лекарства, пищевые продукты или иные факторы (непереносимость)? | Нет Если есть, перечислить названия лекарств или иных факторов и в скобках указать в чем выражается непереносимость: _____ |
| Хронические заболевания по поводу которого Вы (ребёнок/опекаемый) стоит на учете у узких специалистов | Нет. Указать какие: _____ |
| Какие лекарства постоянно принимаете Вы (ребёнок/опекаемый) (препараты, влияющие на свертываемость крови, препараты для лечения сердца, и др.) | Никаких лекарств постоянно не принимает Принимает следующие лекарства: (указать название, по возможности – дозу и кратность приема): _____ |
| Были ли ранее травмы и/или операции, госпитализации? | Нет. Были (указать год и характер травмы и/или операции или госпитализации): _____ |
| Если ранее переносили анестезии (наркозы), были ли осложнения или проблемы, связанные с проведением анестезии у вас или у ваших близких родственников? | Нет. Осложнения были (указать какая анестезия (общая или местная), в каком году, в чем выражались осложнения): _____ |
| Курите ли Вы? Да. Нет. | Употребляете ли Вы алкоголь регулярно? Да. Нет. |
| Содержание вопросов анкеты мне понятно. Мои ответы правдивы и не содержат заведомо ложной информации. Я полностью осознаю, что информация, которую я предоставил в данной анкете будет использоваться врачом-анестезиологом при проведении анестезии и ложные сведения, предоставленные в данной анкете могут привести к ситуации, которая может угрожать моему здоровью и жизни. | |
| Подпись пациента или его законного представителя: _____ | |
| Дата заполнения анкеты: « _____ » _____ 20 _____ г. | |

Добровольное информированное согласие на проведение анестезиологического пособия
(заполняется врачом-анестезиологом, подписывается врачом-анестезиологом и пациентом
или его законным представителем)

ФИО врача-анестезиолога, проводящего беседу с пациентом:

Я, (пациент или его законный представитель), даю свое согласие на проведение мне
(пациенту) анестезии:

*(название, вид анестезии, варианты и изменения анестезиологической тактики -
заполняется врачом-анестезиологом)*

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах
анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что
предстоит пациенту делать во время его проведения.

Я предупрежден (а) 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 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 могут быть изменены
врачами по их усмотрению.

Я информирован(а) о возможных неблагоприятных последствиях и возможном риске при
проведении анестезии, в том числе связанных с:

- пункцией периферических вен (в том числе флебитах, тромбозах, гематомах),
- интубацией трахеи, установкой ларингеальной маски, проведением респираторной
поддержки,
- индивидуальной чувствительностью к анестетикам, наркотическим анальгетикам,
мышечным релаксантам и другим лекарственным препаратам.

Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы, я получил(а)
ответы, мне разъяснены альтернативные варианты проведения анестезии, их
преимущества и недостатки.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) 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.

Подпись пациента или его законного представителя:

_____/_____
Подпись / Ф.И.О

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г. Время: _____ час _____ мин.

Подпись врача-анестезиолога _____/
Подпись / Ф.И.О