Семейная клиника «Наш доктор»

Ростов-на-Дону ул. Ленина д.63, www.nashdoctor-rostov.ru

контактные данные: (863)301 33 32, (863)245 98 59, (863)245 93 25, info@nahdoctor-rostov.ru

ООО Медицинская фирма Семейная клиника «Наш доктор», лицензия ЛО-61-01-005256 от «08» июня 2016

# Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

Согласно статье 20 Федерального закона от 21.11.2011 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) ”Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации '

я

отчество

года рождения, проживающий(ая) по адресу:

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособныхграждан: Я, паспорт: , выдан:являюсь Закюнным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка лила.признанного недееспособным:илл лелееспособпо |

Находясь на лечении ООО Медицинская фирма Семейная клиника «Наш доктор», (обследованиидобровольно лаю свое согласие на проведен мс (представляемому)



(название вида обезболивания, 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. пыли. бытовом химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною ( лицу мной представляемому) известных мне травмах. операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах, физической, химической или биологической природы, воздействуюших на меня, о принимаемых лекарственных средствах, об особенностях наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

* Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проводимое анестезиологическое медицинское вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью. лаже неблагоприятного исхода.

 Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия может возникнуть обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид п тактика анестезиологическою пособия может быть изменена врачами по их усмотрению,

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 связанным с ними риском информирован.

##  20 года. Подпись пациента;законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач (подпись)

(Должность, [ГО. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство 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 результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе гл прогнозе, методах лечсшля, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача ООО Медицинская фирма Семейная клиника «Наш доктор», 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 о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим. уведомлением главного врача ООО Медицинская фирма Семейная клиника «Наш доктор», а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:





Расписался в моем присутствии:

Врач(подпись) (Должность, ИО. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись

Должность, Ф.И.О. и подпись Должность, Ф.И.О. и подпись

 20 года