

Приложение №10
к приказу БУ «Сургутская городская
клиническая поликлиника №1»
от 23.07.2020 №07-78-П-300



бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутская городская клиническая поликлиника №1»

(разработано в соответствии со статьей 20 ФЗ от 21 ноября 2011
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
(с изменениями и дополнениями)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на анестезиологическое пособие

✓ Я, Ф.И.В. полностью

(фамилия, имя, отчество собственноручно)

✓ дата
рождения года рождения, проживающий (ая) по адресу: ✓ домашний адрес

или законный представитель пациента

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____,
выдан: _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

находясь на лечении (обследовании) в БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1»

✓ Центр амбулаторной хирургии

(название отделения)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

✓ (название вида анестезиологического пособия: местная анестезия, внутривенная анестезия – седация, седация)
с применением следующих лекарственных препаратов

✓ _____
(название лекарственных препаратов для анестезиологического пособия)

Я поставил(а) в известность лечащего врача (врача анестезиолога – реаниматолога) обо всех проблемах, связанных со здоровьем ✓ подпись, в том числе обо всех известных аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов ✓ подпись, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов ✓ подпись обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, ✓ подпись, операциях ✓ подпись заболеваниях ✓ подпись, анестезиологических пособиях подпись об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности ✓, обо всех принимаемых мною лекарственных средствах подпись. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, фактах и частоте употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств ✓ подпись.

Я в доступной для меня форме информирован(а), что целью любого вида анестезиологического пособия во время хирургической операции является достижение полного обезболивания области вмешательства на протяжении всей операции.

Я предупрежден(а) лечащим врачом (врачом анестезиологом – реаниматологом), что проведение любого анестезиологического пособия (местная инфильтрационная анестезия, общая внутривенная анестезия) сопряжено с риском побочных явлений при использовании во время моей операции лекарственных препаратов, с названиями которых я была ознакомлен(а) выше (в соответствии с официальными инструкциями по применению лекарственных препаратов):

Новокаин (прокаин):

- со стороны центральной и периферической нервной системы: головная боль, головокружение, сонливость, стойкая анестезия, слабость, двигательное беспокойство, нервозность, потеря сознания, судороги, тризм, тремор, зрительные и слуховые нарушения, нистагм, синдром конского хвоста (паралич ног, парестезии), паралич дыхательных мышц, блок моторный и чувствительный,

- со стороны сердечно-сосудистой системы: повышение или снижение артериального давления, коллапс, периферическая вазодилатация, брадикардия, аритмия, боль в грудной клетке, изменения процесса распространения возбуждения в сердце, которые проявляются на ЭКГ в виде плоского зубца Т или укорочения сегмента ST,
- со стороны дыхательной системы: спазмы дыхательных путей или затруднение дыхания,
- со стороны желудочно – кишечного тракта: тошнота, рвота,
- со стороны мочевыделительной системы: непроизвольное мочеиспускание
- со стороны крови: метгемоглобинемия
- аллергические реакции: зуд кожи, кожная сыпь, ангионевротический отек, анафилактические реакции (в том числе анафилактический шок), крапивница
- гипотермия, дрожь, отек губ, лица, рта, языка и горла.

Лидокаин:

- со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипотензия, брадикардия, артериальная гипертензия, редко: угнетение миокарда (отрицательный инотропный эффект), аритмии, возможна остановка сердца или недостаточность кровообращения.
- со стороны нервной системы: головокружение, парестезии, нечасто - судороги, парестезия вокруг рта, онемение языка, гиперактузия (повышенная чувствительность к звукам, нарушение зрения, тремор, сонливость, шум в ушах, спутанность сознания, дизартрия, редко - нейропатия, повреждение периферических нервов, арахноидит.
- со стороны желудочно – кишечного тракта: рвота.
- со стороны иммунной системы: реакции гиперчувствительности, кожная сыпь, крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок.
- со стороны органа зрения: затуманенное зрение, диплопия.
- со стороны дыхательной системы: одышка, бронхоспазм, угнетение дыхания, остановка дыхания.

Ропивакаин (Наропин):

- со стороны нервной системы: парестезия, головокружение, головная боль, нечасто - беспокойство, симптомы токсического действия на центральную нервную систему (судороги, большие судорожные припадки, парестезии в околоротовой зоне, дизартрия, онемение языка, нарушения зрения, шум в ушах, гиперактузия, тремор, мышечные судороги), гипестезия
- со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение артериального давления, брадикардия, тахикардия, повышение артериального давления, нечасто - обморок, редко: аритмии, остановка сердца.
- со стороны дыхательной системы: нечасто - одышка, затрудненное дыхание
- со стороны желудочно – кишечного тракта: тошнота, рвота
- со стороны мочеполовой системы: задержка мочеиспускания
- аллергические реакции: анафилактические реакции, ангионевротический отек, крапивница
- прочие: часто — боль в спине, озноб, гипертермия, нечасто — гипотермия

Пропофол:

- общие расстройства и нарушения в месте введения: боль в месте введения
- со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение или повышение артериального давления брадикардия, тахикардия, нечасто - аритмия; тромбозы; флебиты, очень редко - асистолия; отек легких
- со стороны желудочно – кишечного тракта: рвота, тошнота во время пробуждения, редко – панкреатит
- со стороны нервной системы: головная боль во время пробуждения, редко - эпилептиформные припадки, включая судороги и опистотонус во время индукции анестезии, поддержания анестезии и пробуждения; эйфория, очень редко - поздние эпилептиформные приступы, развивающиеся через несколько часов или дней; риск судорог у пациентов с эпилепсией; послеоперационное бессознательное состояние
- со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: во время индукции анестезии гипервентиляция, временное апноэ, кашель, икота
- со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: рабдомиолиз (очень редко)
- со стороны почек и мочевыводящих путей: обесцвечивание мочи при длительном введении
- со стороны иммунной системы: анафилаксия в виде ангионевротического отека, бронхоспазма, эритемы, снижения АД; аллергические реакции, вызванные маслом соевых бобов
- со стороны половых органов: сексуальное растормаживание (очень редко)

Сибазон (диазепам):

- со стороны крови и лимфатической системы: лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз (озноб, гипертермия, боль в горле, чрезмерная утомляемость или слабость), анемия, тромбоцитопения.
- со стороны иммунной системы: ангионевротический отек, анафилактический шок, анафилактоидные реакции.
- со стороны обмена веществ и питания: булимия, снижение массы тела.
- со стороны психики: эйфория, депрессия, спутанность сознания, агрессивные вспышки, суицидальные наклонности, галлюцинации, тревога, нарушение сна, лекарственная зависимость.
- со стороны нервной системы: в начале лечения (особенно у пожилых пациентов) — сонливость, головокружение, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания, атаксия, дезориентация, притупление эмоций, замедление психических и двигательных реакций, антероградная амнезия, головная боль, тремор, каталепсия, дистонические экстрапирамидные реакции (неконтролируемые движения тела), астения, мышечная слабость, гипорефлексия, дизартрия, психомоторное возбуждение, мышечный спазм.
- со стороны сердечно-сосудистой системы: сердцебиение, тахикардия, снижение артериального давления
- со стороны желудочно-кишечного тракта: сухость во рту или гиперсаливация, изжога, икота, гастралгия, тошнота, рвота, снижение аппетита, запоры, нарушения функции печени, повышение активности «печеночных» трансаминаз и щелочной фосфатазы, желтуха.
- со стороны кожи и подкожных тканей: кожная сыпь, зуд.
- со стороны мочевыводящих путей: недержание мочи или задержка мочи, нарушение функции почек.
- со стороны половых органов и молочной железы: повышение или снижение либидо, дисменорея.

- общие расстройства и нарушения в месте введения: толерантность, при внутривенном введении - флебит, венозный тромбоз (краснота, припухлость или боль в месте введения); при внутримышечном введении — формирование инфильтратов.

Я ознакомлен (ознакомлена) лечащим врачом (врачом анестезиологом – реаниматологом) со всеми вышеперечисленными побочными явлениями применяемых мне следующих лекарственных препаратов и подтверждаю свое согласие на анестезиологическое пособие медицинского вмешательства с учетом всех вышеуказанных рисков

✓ подпись

(подпись пациента)

Я даю согласие на переход лечащим врачом на общую анестезию с участием врача анестезиолога - реаниматолога при неэффективности местной анестезии. Таким образом, я согласен(а) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства может быть изменена лечащим врачом (врачом анестезиологом – реаниматологом) по их усмотрению.

Я несу ответственность за полноту и достоверность предоставленной информации о состоянии своего здоровья _____. Со мной лечащим врачом (врачом анестезиологом – реаниматологом) обсуждены последствия моего отказа от анестезиологического пособия оперативного вмешательства (болевого синдром при проведении операции, болевой шок).

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии / не согласии на предложенное мне анестезиологическое пособие. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной для меня форме, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического пособия в предложенном объеме.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

✓ Ф.И.О. родственника, кому доверяете информацию о состоянии здоровья, и телефона

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Я информирован(а) о том, что медицинский персонал «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений.

Я (гражданин или законный представитель), не буду иметь каких-либо претензий к БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №1» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

О рисках осложнений при выполнении анестезии информирован(а) лечащим врачом (врачом анестезиологом-реаниматологом):

(фамилия, имя, отчество лечащего врача, врача анестезиолога-реаниматолога)

✓ Пациент подпись пациента

(подпись пациента, либо подпись законного представителя пациента,

реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

✓ Дата день операции

Лечащий врач _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ подпись

При проведении анестезии – седации:

Врач анестезиолог - реаниматолог _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ подпись