

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

На основании ст.20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» ФЗ №323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

**Заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет,
или недееспособных граждан:**

Я, _____
паспорт: _____, выдан: _____

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

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

Даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому):

N2O-седация (ЗАКС)

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

1. Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

2. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства.

3. 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 органов и систем организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также неблагоприятного исхода.

4. 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.

5. 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. Мне объяснены все неизвестные медицинские термины, мною заданы все интересующие вопросы и получены на них исчерпывающие ответы

6. О последствиях и связанных с ними рисками при выполнении анестезии информирован(а), предупрежден(а).

Подпись пациента (законного представителя) с расшифровкой: _____

_____, дата: _____.

Подпись врача (с расшифровкой) _____

_____, дата: _____.