

## Информированное согласие на анестезиологическое пособие

Информированное согласие предоставляется Вам заранее до операции и имеет задачу ознакомить о существующих методах обезболивания. Она поможет Вам подготовиться к беседе с врачом анестезиологом-реаниматологом, который обсудит с Вами наиболее подходящие для Вас методы анестезии, а также их риск и побочные действия. Вы должны знать об обычном риске и последствиях этого метода и о возможных альтернативах, чтобы принять решение и согласиться на предложенный метод. Обезболивание при обследованиях и оперативных вмешательствах может проводиться различными способами, которые могут сочетаться друг с другом.

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО Пациента)

**Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель**

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО, место жительства)

Выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, дата рождения)

В соответствии со ст.20,21,22 и 23 ФЗ «Об основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача-анестезиолога-реаниматолога

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

осуществить выполнение мне анестезиологического пособия, необходимого для проводимого мне лечения:

**1.1** Я подтверждаю, что меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей анестезиологического пособия.

**1.2** Анестезиологическое пособие во время операции необходимо для:

- обезболивания;
- обеспечения непрерывного контроля за состоянием пациента, включая поддержание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма;
- профилактики вероятных осложнений во время операции, их своевременного выявления и сведения к минимуму их последствий.

**1.3** Существует несколько видов анестезии:

**Общая анестезия (наркоз):** состояние глубокого сна, начинается после инъекции успокаивающего вещества (премедикации) и инфузии (капельницы) быстродействующего снотворного вещества, и продолжается при использовании обезболивающих препаратов. Состояние глубокого сна и отсутствие боли, которое поддерживается анестезиологом на протяжении всей операции. При коротких и несложных вмешательствах, достаточно инъекции вещества для наркоза в вену - **внутривенный наркоз**. Можно использовать дыхательную маску, которая накладывается на рот и нос, через которую дается лекарственное вещество для наркоза - **масочный наркоз**. При длительных и трудных вмешательствах имеются вспомогательные средства - интубационная трубка, которая вводится в трахею - **интубационный (ингаляционный) наркоз**. Через неё вводятся кислород и лекарственные вещества для наркоза.

Во время наркоза анестезиолог наблюдает за всеми важными функциями организма: пульс, артериальное давление, дыхание, работа сердца (ЭКГ), содержание кислорода в крови и многое другое. По окончании операции введение средств для наркоза прекращается немедленно, и Вы просыпаетесь, как после глубокого сна. При развитии осложнений может возникнуть необходимость лечения в послеоперационном периоде в городской больнице.

**Местная или регионарная анестезия** (обезболивание области оперативного вмешательства). В некоторых случаях достаточно устранения болевой чувствительности в области оперативного вмешательства, только местного обезболивания. При местной анестезии применяется медикамент (локальный анестетик), который вводится прямо в область оперативного вмешательства. При регионарной анестезии обезболивающее средство вводится на расстоянии от области операции вблизи нервных окончаний данной области. Вы остаётесь, в отличие от общей анестезии в сознании и можете разговаривать, однако во время операции боли не чувствуете.

**Сочетанная анестезия** - применение одновременно у одного и того же больного двух или трех состоятельных видов анестезии, например: местной и общей анестезии и ингаляционного наркоза.

**1.4** Любой тип анестезии представляет определённый риск. С целью уменьшения риска осложнений при лечении с использованием общей или регионарной анестезии Вы получили рекомендации перед наркозом: не есть ни пить минимум 4 часа перед общей анестезией, снять контактные линзы и ювелирные украшения (желательно дома), не употреблять алкоголь за 24 часа перед общей анестезией. Заполнили анкету о состоянии

Вашего здоровья и перенесённых заболеваний. Получили информацию на проведение наркоза, индивидуальные рекомендации соответственно особенностям Вашего организма, здоровья, перенесенных заболеваний, возраста.

### **Анестезиологическое пособие**

**2.1.** Я подтверждаю, что врач анестезиолог информировал меня о планируемом для меня анестезиологическом пособии, \_\_\_\_\_ а \_\_\_\_\_ именно \_\_\_\_\_.

**2.2.** Проведение операции планируется в условиях ООО «СибСтом».

**2.3** План анестезиологического пособия для меня включает:

- осмотр врачом анестезиологом;
- катетеризацию периферической вены катетером (введение тонкой мягкой трубки в вену);
- премедикацию, т.е. внутривенное или внутримышечное введение лекарств, улучшающих течение наркоза;
- введение в наркоз внутривенное (крайне редко у детей внутримышечное) или за счет вдыхания через маску (в редких случаях) введение препарата для наркоза. Я знаю, что при введении в наркоз засыпание происходит очень быстро (субъективно моментально), и все пожелания относительно проводимого лечения необходимо довести до сведения врачей заблаговременно. В случае применения регионарных методов анестезии: я перед операцией информирую врача анестезиолога о моем желании спать (т.е. мне будет введен снотворный препарат) или быть в сознании во время операции. Если при регионарной анестезии я решаю находиться в сознании, но в ходе операции передумваю и захочу уснуть, то в любой момент операции я могу попросить врача анестезиолога ввести мне снотворный препарат;
- в случаях проведения искусственной вентиляции легких производится интубация трахеи (введение эластичной пластиковой дыхательной трубки через рот или через носовые ходы в трахею с помощью ларингоскопа);
- поддержание наркоза введение препаратов для поддержания наркоза;
- пробуждение после прекращения введения препарата для наркоза я проснусь и буду в состоянии, похожем на алкогольное опьянение. Большинство пациентов воспринимают это состояние как приятное или относятся к нему безразлично. Я знаю, что в течении 24 часов после окончания наркоза мне нельзя управлять движущимися средствами (машина, самолет и т.п.), нельзя выполнять сложные движения, требующие координации (горные лыжи, плавание и т.п.) и принимать важные решения (покупка-продажа недвижимости, заключение договоров и т.п.). Меня предупредили, что я могу покинуть клинику после общей анестезии только с сопровождающим и желательно на автомашине. Обязуюсь после выхода из клиники направиться домой или в подобное безопасное место, где буду находиться под присмотром сопровождающего лица. Я соглашаюсь, что после выхода из дверей клиники ответственность за все мои действия возлагается на сопровождающее меня лицо и на меня лично.

**2.4** Я утверждаю, что мне дана рекомендация прекратить прием пищи и жидкости минимум за 4 часа перед наркозом и не использовать жевательную резинку. Подтверждаю, что эта рекомендация выполнена. Мне объяснили опасности, которые могут возникнуть при несоблюдении данного предписания. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при нарушении данного предписания.

**2.5** Я утверждаю, что информация обо всех перенесенных мной заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергических реакциях и обо всех других фактах, касающихся моего лечения, дана в полном объеме. Я не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и анестезиолога за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации. Если мне когда-либо проводилось лечение от алкоголизма и наркомании, обязуюсь предупредить об этом врача анестезиолога до начала операции.

### **Осложнения**

**3.1.** Мне объяснили, что общее состояние моего здоровья соответствует \_\_\_ классу по пятибалльной шкале классификации ASA (американская ассоциация анестезиологов). Статистические исследования показали, что вероятность осложнений у во время анестезии у пациентов 2-го класса выше в два раза, у 3-го класса в три раза, а у 4-го и 5-го классов в четыре раза, чем у пациентов 1-го класса.

**3.2.** Анестезиолог рассказал мне, что нужно сделать, чтобы снизить риск возможных осложнений, которые могут быть при проведении анестезиологического пособия:

- аллергические реакции - нельзя скрывать информацию об аллергических реакциях, которые были раньше;
- остановка дыхания - нельзя скрывать информацию о перенесенных заболеваниях, а также осложнениях, которые были раньше во время общей анестезии. Анестезиолог дал мне информацию, что остановка дыхания бывает очень редко и для устранения этого осложнения мне будет проводиться ИВЛ (искусственное дыхание специальным аппаратом). При этом во время операции я буду продолжать «спать», каких -либо неприятных

ощущений не будет, но при этом, когда я проснусь, у меня может быть небольшая боль в горле и в мышцах в течении 1-2 дней;

- возбуждение (двигательная активность «во сне») и кашель во время общей анестезии - нельзя скрывать информацию об осложнениях, которые были раньше во время общей анестезии, в том числе о неприятных снах время ранее проводимых наркозов. Нельзя скрывать информацию о том, что я курю. Нельзя курить за 2 часа перед наркозом;

- рвота во время общей анестезии - нельзя пить, есть и принимать перорально (т.е. через рот) медикаменты минимум за 6 часов перед наркозом. Нельзя употреблять алкоголь минимум за 24 часа перед наркозом.

- повреждение зубов и зубных протезов после интубации, повышенный риск при шатающихся зубах и пародонтозе.

- крайне редко: остановка дыхания, сердца, кровообращения или злокачественная гипертермия, как реакция на применяемые медикаменты.

- тошнота, рвота после наркоза - в течении 4 часов после наркоза желательно не есть. Пить нужно обязательно. Не большими порциями, но часто. Пить только обычную (фильтрованную) воду.

Если в течение 6 часов после наркоза тошноты/рвоты не было, можно начинать кушать в объеме ½ обычного для Вас. Если для Вас нет индивидуальных рекомендаций, зависящих от объема операции, то через 24 часа можно начинать обычный объем питания.

- уплотнение и болезненность в вене, где стоял катетер - избегать попадание воды и грязи на руку, где стоял катетер в течении суток после общей анестезии, возможно осложнение флебит;

- осложнение при проведении интубации трахеи - осаднение глотки или гортани дыхательной трубкой, реже спазм голосовых связок и повреждение зубов;

#### **Альтернативы**

**4.1.** Альтернативой предполагаемой для меня общей анестезии или регионарной анестезии является проведение операции с использованием местной анестезии.

#### **Согласие пациента**

**5.1** Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предполагаемое мне анестезиологическое пособие с анестезиологом. На все вопросы даны удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Анестезиолог предоставил мне возможность выслушать второе мнение, но я буду придерживаться его позиции.

**5.2** Тем самым я добровольно, без какого-нибудь внешнего давления даю полномочия врачу анестезиологу провести мне запланированное анестезиологическое пособие.

**5.3** Я соглашаюсь и разрешаю провести мне запланированное анестезиологическое пособие, описанное в пункте 2.1., включая все лечебно-диагностические манипуляции (инфузии, переливание крови, установку центрального венозного катетера, последующую терапию и т.д.), которые могут быть необходимы. Я даю свое согласие на дополнительные лечебно-диагностические манипуляции, потребовавшиеся в силу непредвиденных обстоятельств, и доверяю врачу анестезиологу принять решение об изменении анестезиологического пособия во время операции в случае необходимости.

**5.4** Я знаю, что могу отозвать согласие в любое время до начала анестезии.

**5.5** Я утверждаю, что все вышеперечисленное мною прочитано и полностью понятно. Я подписываю это согласие на основании моего свободного волеизъявления в ясном сознании и памяти.

Пациент (Ф.И.О. печатными буквами и подпись)

---

**Если пациенту нет полных 15 лет или пациент неспособен дать самостоятельно согласие, ввиду состояния его здоровья, за пациента расписывается родитель или опекун**

---

(Ф.И.О. печатными буквами и подпись)

Подпись пациента/представителя: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Врач анестезиолог-реаниматолог: \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_