

Подтверждение информированного согласия на анестезию

Пациенту и/или родителю, опекуну, уполномоченному лицу: эта форма предназначена для подтверждения обсуждения и согласия на применение предлагаемой анестезии для хирургической, медицинской или терапевтической процедуры.

Врач-анестезиолог проведет анестезию в соответствии с моим состоянием и будет контролировать жизненно важные функции организма во время процедуры (процедур). Я понимаю, что анестезия сопряжена с другими рисками помимо самой процедуры. Эти риски могут включать, кроме прочего: побочные реакции на лекарственные препараты, повреждение головного мозга, повреждение нервов или смерть. Дополнительно: повреждение зубов или стоматологической работы, голосовых связок, респираторные проблемы, незначительная боль и дискомфорт, могут возникнуть повреждения артерий и вен или головные боли. Я ознакомлен(-а) с тем, что при проведении анестезии могут возникнуть другие неожиданные осложнения. Все вышеперечисленное было объяснено понятным мне образом, и на мои вопросы были даны ответы.

Я подтверждаю достоверность предоставленной мной информации об истории болезни, проблемах, лекарствах, приеме пищи и жидкости.

Я понимаю, что ответственный взрослый должен сопровождать каждого пациента домой после выписки из палаты восстановления. Я понимаю, что игнорирование таких советов может подвергнуть человека риску, если не будет сообщено о случае возникновения проблем.

Я добровольно разрешаю и даю согласие на проведение анестезии.

Дата _____ Время _____ Подпись _____