**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства (севофлуран)**

Данное информированное согласие составлено в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» и Правилами о предоставлении медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП от 04.10.2012г.); со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, и, согласно ч.2 ст.20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в отношении лица, не достигшего возраста 15-ти лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей или иной законный представитель.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

(являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения),

при проведении мне (представляемому) стоматологического лечения в ООО «Реферативная практика» добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство - проведение мне (представляемому) анестезиологического обеспечения в объеме: **применение ингаляционного анестетика севофлурана («Севоран», «Соджурн»), аппаратно-масочный наркоз / комбинированный наркоз с ларингеальной маской / комбинированный эндотрахеальный наркоз / респираторная поддержка / катетеризация периферической вены, стандартный анестезиологический мониторинг (ЭКГ, ЧСС, НИАД, пульсоксиметрия, контроль параметров дыхания, контроль уровня глюкозы крови, термометрия), инфузионная терапия кристаллоидными солевыми растворами для восполнения преднаркозного дефицита и текущей физиологической потребности в жидкости, внутривенное введение препаратов для профилактики посленаркозной тошноты и рвоты, профилактика боли.**

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я подтверждаю, что анестезиолог проинформировал меня о планируемом анестезиологическом пособии: общая анестезия будет проводиться ингаляционным анестетиком с международным непатентованным названием «севофлуран»; кислород, воздух и ингаляционный анестетик будут подаваться в дыхательные пути через лицевую/ларингеальную маску, в некоторых случаях для обеспечения защиты дыхательных путей, контроля и поддержки дыхания будет произведена интубация трахеи; для проведения инфузионной и корригирующей терапии будет катетеризирована периферическая вена.

Я подтверждаю, что получил(а) предписание анестезиолога для себя/моего ребенка прекратить прием твердой и любой молочной пищи не позже, чем за 6 часов до наркоза и воды/прозрачной жидкости не позже, чем за 3 часа до наркоза.

Я поставил(поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы растений и шерсти животных; обо всех перенесенных мною(представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения об аллергических реакциях, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств.

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

Я понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренным причинением вреда здоровью и даже неблагоприятным исходом.

Я согласен(согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства может быть изменена врачами по их усмотрению, с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения.

**О рисках анестезиологического обеспечения**: тошнота, рвота, психомоторное возбуждение (постнаркозная ажитация), злокачественная гипертермия, аллергические реакции и иные побочные эффекты медикаментов; позиционные осложнения (плекситы, пролежни), осложнения катетеризации сосудов (гематомы, отек мягких тканей, флебит), сердечно-сосудистые нарушения, аритмии; боль в горле, осиплость голоса, нарушение глотания; повреждения полости рта, зубов, трахеи; обструкция дыхательных путей и иные вентиляционные нарушения, другое

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними последствиями информирован(информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом.

Я подтверждаю достоверность представленных в настоящем согласии сведений.

Также я информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских учреждениях.

Я информирован(а), что ООО «Реферативная практика» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я заверяю, что имел(а) возможность полностью обсудить с врачом анестезиологом-реаниматологом процедуру предстоящей анестезии. Я ознакомлен(ознакомлена) и согласен(согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Я добровольно даю свое согласие и прошу провести анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства мне/моему ребенку в предложенном объеме и обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врача анестезиолога.

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

**Пациент/законный представитель пациента**

**согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Пациент/законный представитель пациента

отказался от медицинского вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Беседу провел врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Фамилия И.О.)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.