

## Анкета пациента перед проведением анестезиологического пособия.

### Поясняющая часть

Данный документ составлен на основании закона "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22.07.93 № 5488-1 (с изменениями 02.02.2006).

**Внимательно прочтите и ответьте на вопросы анкеты** (документ читается и заполняется пациентом или его законным представителем – для лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан) перед проведением анестезии.

Пациент или его законный представитель **подписывают документ в предназначенных для этого графах** (кроме случаев, когда пациент в состоянии выразить свою волю и мысли, но не в состоянии писать и ставить подпись лично)

<b>Этот раздел заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан законным представителем пациента.</b>
Я, _____ (ФИО), являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, другое: _____ - <i>подчеркнуть или вписать</i> ) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью) _____ (Возраст ребенка или недееспособного гражданина) Далее в этом документе я буду отвечать на вопросы и ставить свою подпись от имени пациента, которому предстоит проведение анестезии. <b>Подпись законного представителя:</b>

### Анкета пациента, которому предстоит проведение анестезиологического пособия

(заполняется пациентом или его законным представителем – для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан), если ответ на вопрос заполняющему анкету неизвестен – написать «неизвестно».

Вес пациента (кг)	Рост пациента (см)
Есть или нет аллергия на лекарства, пищевые продукты или иные факторы (непереносимость)?	Нет Если есть, перечислить названия лекарств или иных факторов и в скобках указать в чем выражается непереносимость: _____
Хронические заболевания по поводу которого Вы (ребёнок/опекаемый) стоит на учете у узких специалистов	Нет. Указать какие: _____
Какие лекарства постоянно принимаете Вы (ребёнок/опекаемый) (препараты, влияющие на свертываемость крови, препараты для лечения сердца, и др.)	Никаких лекарств постоянно не принимает Принимает следующие лекарства: (указать название, по возможности – дозу и кратность приема): _____
Были ли ранее травмы и\или операции, госпитализации?	Нет. Были (указать год и характер травмы и\или операции или госпитализации): _____
Если ранее переносили анестезии (наркозы), были ли осложнения или проблемы, связанные с проведением анестезии у вас или у ваших близких родственников?	Нет. Осложнения были (указать какая анестезия (общая или местная), в каком году, в чем выражались осложнения): _____
Курите ли Вы? Да Нет.	Употребляете ли Вы алкоголь регулярно? Да Нет.
Содержание вопросов анкеты мне понятно. Мои ответы правдивы и не содержат заведомо ложной информации. Я полностью осознаю, что информация, которую я предоставил в данной анкете будет использоваться врачом-анестезиологом при проведении анестезии и ложные сведения, предоставленные в данной анкете могут привести к ситуации, которая может угрожать моему здоровью и жизни.	
<b>Подпись пациента или его законного представителя:</b> _____	
Дата заполнения анкеты: « _____ » _____ 20 _____ г.	

**Добровольное информированное согласие на проведение анестезиологического пособия**  
(заполняется врачом-анестезиологом, подписывается врачом-анестезиологом и пациентом  
или его законным представителем)

ФИО врача-анестезиолога, проводящего беседу с пациентом:

---

Я, (пациент или его законный представитель), даю свое согласие на проведение мне  
(пациенту) анестезии:

---

*(название, вид анестезии, варианты и изменения анестезиологической тактики -  
заполняется врачом-анестезиологом)*

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах  
анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что  
предстоит пациенту делать во время его проведения.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического  
обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны  
сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности  
организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного  
исхода.

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.

Я информирован(а) о возможных неблагоприятных последствиях и возможном риске при  
проведении анестезии, в том числе связанных с:

- пункцией периферических вен (в том числе флебитах, тромбозах, гематомах),
- интубацией трахеи, установкой ларингеальной маски, проведением респираторной  
поддержки,
- индивидуальной чувствительностью к анестетикам, наркотическим анальгетикам,  
мышечным релаксантам и другим лекарственным препаратам.

Мне была предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы, я получил(а)  
ответы, мне разъяснены альтернативные варианты проведения анестезии, их  
преимущества и недостатки.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) 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.

**Подпись пациента или его законного представителя:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / Ф.И.О

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Время: \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

Подпись врача-анестезиолога \_\_\_\_\_/  
Подпись / Ф.И.О