ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Законный представитель пациента (имя, фамилия):	
Наименование медицинской процедуры / лечебного мероприятия или нескольких процедур/мероприятий): **АНАЛГОСЕДАЦИЯ**	

Цель, характер, предполагаемая польза, последствия и возможные риски медицинской процедуры:

Цель данной процедуры – обеспечить спокойное, безболезненное проведение оперативного вмешательства или исследования и снизить восприятие боли.

Аналгоседация уменьшает восприятие боли во всем теле, ощущения давления и прикосновения сохраняются. Под действием седативных препаратов, вводимых внутривенно, пациент может находиться в полусонном состоянии и не помнить о процедуре.

К неблагоприятным эффектам, связанным с аналгоседацией, относятся мышечная и головная боль, тошнота, рвота, временная сонливость, нарушение координации и задержка мочи.

К **серьезным осложнениям**, в том числе опасным для жизни, возникающим в связи с анестезиологическим пособием или осложняющими заболеваниями, относятся аллергические реакции, токсические реакции на местные анестетики, нарушение дыхания или кровообращения, почечная, печеночная недостаточность. Они возникают как при плановых, так и ургентных вмешательствах.

Неожиданное продление хирургического вмешательства или исследования влечет за собой риск перевода аналгоседации в общую анестезию.

Другие варианты, их целесообразность, преимущества и риски:

Общая анестезия, в отличие от аналгоседации, полностью отключает сознание и восприятие боли во всем теле. В сочетании с местной анестезией она используется при ряде обширных вмешательств. При этом используется смесь препаратов – снотворных, сильных обезболивающих и средств для снятия мышечного напряжения. Пути введения этих препаратов чаще всего внутривенный и ингаляционный, по отдельности или в комбинации.

К неблагоприятным эффектам, связанным с общей анестезией, относятся мышечная и головная боль, тошнота, рвота, временная сонливость и нарушение координации, боль в горле, охриплость.

Медицинская процедура будет проводиться следующим образом:

Врач-специалист (анестезиолог, врач интенсивной терапии) проинформирует пациента о процедуре и проведет первичный осмотр, оценит общее состояние и вид оперативного вмешательства или исследования и порекомендует оптимальный тип аналгоседации для спокойного проведения вмешательства.

В рамках предоперационной подготовки необходимо ограничить прием пищи, напитков,

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

курение, снять съемные зубные протезы и следовать всем рекомендациям врача. Вечером накануне оперативного вмешательства и непосредственно перед операцией или исследованием проводится премедикация (введение седативных препаратов).

Ограничения и рекомендации в отношении образа жизни с учетом состояния здоровья и возможного изменения трудоспособности после проведения указанной медицинской процедуры:

После процедуры в течение некоторого времени (до 24 часов) снижена способность к концентрации внимания, сохраняются нарушения координации или подвижности.

В случае амбулаторной процедуры пациенту необходимо сопровождение для возвращения домой. В течение следующих 24 часов нельзя управлять механическим транспортным средством, а также работать с механизмами, требующими повышенного внимания.

Дальнейшее необходимое лечение:

Зависит от типа оперативного вмешательства или исследования.

Заявляю, что врач, предоставивший информацию, лично разъяснил мне все, что является содержанием данного письменного информированного согласия, и я имел возможность задать ему вопросы, на которые получил исчерпывающие ответы. Заявляю, что приведенное выше разъяснение и информацию я полностью понял, и даю прямое согласие на проведение данной медицинской процедуры:

Если пациент является **несовершеннолетним или ограниченно дееспособным** и обладает соответствующей интеллектуальной и волевой зрелостью:

Заявляю, что я получил разъяснения в указанном выше объеме.

Если пациенту не были предоставлены эти сведения, указывается причина их непредоставления: Укажите причину

г. Прага, дата Укажите дату

.....	.....
подпись пациента / законного представителя	*имя, фамилия и подпись врача*

.....

подпись несовершеннолетнего пациента / пациента с ограниченной дееспособностью

Если пациент / законный представитель по состоянию здоровья не может подписать документ:

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
Причина, по которой пациент / законный представитель не может подписать документ: Укажите причину Способ, которым пациент / законный представитель изъявил свою волю: Укажите способ ..... *имя, фамилия и подпись свидетеля*	