ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):	
Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів): **АНАЛГОСЕДАЦІЯ**	

Мета, характер, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури:

Мета цієї процедури – забезпечити спокійне, безболісне проведення оперативного втручання або дослідження та знизити сприйняття болю.

Аналгоседація зменшує сприйняття болю в усьому тілі, відчуття тиску та дотику зберігаються. Внаслідок дії седативних препаратів, що вводяться внутрішньовенно, пацієнт може перебувати у напівсонному стані та не пам'ятати про процедуру.

До несприятливих ефектів, пов'язаних з аналгоседацією, належать м'язовий і головний біль, нудота, блювота, тимчасова сонливість, порушення координації та затримка сечі.

До **серйозних ускладнень**, зокрема небезпечних для життя, що виникають у зв'язку з процедурою анестезії або супутніми захворюваннями, належать алергічні реакції, токсичні реакції на місцеві анестетики, порушення дихання або кровообігу, ниркова, печінкова недостатність. Вони виникають під час як планових, так і ургентних втручань.

Несподіване продовження хірургічного втручання або дослідження спричиняє ризик переведення аналгоседації в загальну анестезію.

Інші можливості, їхня доцільність, переваги та ризики:

Загальна анестезія, на відміну від аналгоседації, повністю вимикає свідомість і сприйняття болю в усьому тілі. У поєднанні з місцевою анестезією вона застосовується під час низки широких втручань. Для цього використовується суміш снодійних, сильних знеболювальних засобів і препаратів для зняття м'язового напруження. Шляхи введення цих препаратів найчастіше внутрішньовенний та інгаляційний, окремо або в комбінації.

До несприятливих ефектів, пов'язаних із загальною анестезією, належать м'язовий і головний біль, нудота, блювота, тимчасова сонливість і порушення координації, біль у горлі, захриплість.

Медична процедура відбуватиметься так:

Лікар-фахівець (анестезіолог) поінформує пацієнта про процедуру і проведе первинний огляд, оцінить загальний стан і вид оперативного втручання або дослідження та порекомендує оптимальний тип аналгоседації для спокійного проведення втручання.

В межах передопераційної підготовки потрібно обмежити вживання їжі, напоїв, куріння, зняти знімні зубні протези і дотримуватися всіх рекомендацій лікаря. Увечері напередодні оперативного втручання і безпосередньо перед операцією або дослідженням проводиться т.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

зв. премедикація (введення седативних препаратів).

Обмеження та рекомендації щодо способу життя з огляду на стан здоров'я та можливі зміни у працездатності після проведення медичної процедури:

Після процедури протягом певного часу (до 24 годин) можливі порушення здатності до концентрації уваги, розлади координації або рухомості.

Якщо процедура проводилася амбулаторно, повинен бути забезпечений супровід пацієнта під час дороги додому. Протягом наступних 24 годин не можна керувати автотранспортом та працювати з механізмами, що потребують підвищеної уважності.

Подальше потрібне лікування:

Залежить від типу оперативного втручання або дослідження.

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури:

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання: Зазначте причину

м. Прага, дата Зазначте дату

.....	.....
підпис пацієнта / законного представника	*ім'я, прізвище та підпис лікаря*

.....

підпис неповнолітнього пацієнта / пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ: Зазначте причину

Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю: Зазначте спосіб

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**
..... *ім'я, прізвище та підпис свідка*	