ВСЕОБЩАЯ ФАКУЛЬТЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА В ПРАГЕ
У Немоцнице 499/2, 128 08 Прага 2 | ИН: 00064165, тел.: 224 961 111

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

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

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

Цель этой медицинской процедуры – подготовить недостаточно сотрудничающего с врачом педиатрического пациента к исследованию или вмешательству.

Предполагаемая польза заключается в обеспечении более спокойного и безболезненного оказания помощи с последующим снижением вероятности воспоминаний о неприятных впечатлениях, что в итоге означает меньшие последствия для здоровья ребенка. При ингаляционной аналгоседации вдыхается смесь закиси азота и кислорода в соотношении 1:1, речь идет о препарате «Актинокс».

Другие преимущества и особенности ингаляционного введения лекарственного средства:

- быстрое начало и ослабление действия в течение нескольких минут,
- эффективное облегчение кратковременной боли,
- минимум побочных эффектов,
- анальгетический, седативный (успокаивающий) и амнестический (ребенок может не помнить о лечении) эффекты при сниженном уровне сознания пациента,
- облегчение введения местного анестетика.

Риски процедуры следующие:

Иногда могут возникать такие осложнения, как головокружение после процедуры, эйфория, тошнота вплоть до рвоты.

Другие варианты, их целесообразность, преимущества и риски:

Лечение педиатрического пациента, не сотрудничающего с врачом, с применением других препаратов, психологических подходов, под общей анестезией (наркозом) или с помощью мягких законных средств ограничения (удерживание).

Медицинская процедура будет проводиться следующим образом:

Здоровый ребенок без насморка, кашля и повышенной температуры, не натощак, под наблюдением врача вдыхает препарат «Актинокс» через мундштук или маску в течение необходимого времени.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Эффект наступает после 4-5 вдохов. Максимум достигается, как правило, через 2–5 минут непрерывного вдыхания. Ингаляция «Актинокса» продолжается периодически в течение всего медицинского мероприятия. После прекращения ингаляции педиатрического пациента оставляют под наблюдением в состоянии покоя примерно 5–10 минут, пока его внимание и координация движений достаточно не восстановятся.

Преимущества: минимальная нагрузка на пациента, меньше побочных эффектов.

Недостатки: более медленное начало действия по сравнению с внутривенным введением препаратов.

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

Кратковременное наблюдение в амбулаторных условиях или в стандартном отделении.

Если не произошло травматического повреждения анестезируемой области в результате прикусывания, побочные эффекты (икота, двоение в глазах, головокружение, покалывание кожи), связанные с использованным методом аналгоседации в сознании, обычно быстро исчезают. В зависимости от проводимого вмешательства происходит постепенное восстановление состояния педиатрического пациента.

Дальнейшее необходимое лечение:

При необходимости – контрольный визит в согласованное время.

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

....

Эта форма также доступна непосредственно в больничной ИС.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
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:

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