

Информированное добровольное согласие пациента клиники ТОО «СИНТЕЗ» на проведение общего наркоза, операции и инвазивных методов лечения.

Я, _____, _____ лет

проживающий(ая) по адресу _____

удостоверение личности(паспорт) № _____, выдано _____

дата выдачи _____. Антропометрические данные: рост ____ см, вес ____ кг.

1. Прошу выполнить мне операцию, хирургическую(терапевтическую) санацию ротовой полости (подчеркнуть) _____ под общим наркозом(местной анестезией) _____ врача-хирурга _____, стоматолога _____ анестезиолога _____ клиники ТОО «СИНТЕЗ».

2. Содержание, результаты, осложнения, возможности альтернативных методов хирургического, терапевтического лечения и анестезии мне полностью и доступно разъяснены врачами клиники ТОО «СИНТЕЗ» и я их полностью понял(а) и заверяю свое согласие и понимание личной **подписью**: _____

3. Особенно важным и полностью понятными для меня являются ниже следующие положения об особенностях и возможных осложнениях операции и общего наркоза(местной анестезии):

а) возможные осложнения общего наркоза делятся на 3 группы:

-осложнения вводного наркоза: рвота, аспирация, регургитация, нарушение сердечного ритма, вплоть до полной остановки сердечной деятельности, непредвиденная и независимая от врача индивидуальная непереносимость или токсическая реакция организма на вводимые препараты, дез. средства и средства ухода за пациентом; технические трудности, связанные с индивидуальными особенностями(врожденными, посттравматическими) при интубации трахеи и переводе пациента на ИВЛ; злокачественная гипертермия (синдром острого гиперметаболизма).

-осложнения основного и поддерживающего наркоза: нарушение сердечного ритма вплоть до остановки сердечной деятельности, отсроченные реакции организма на вводимые препараты(анафилактические, анафилактоидные, аллергические), артериальная гипотония, брадикардия, вследствие специфического воздействия анестетиков, злокачественная гипертермия.

-осложнения постнаркозного периода: тошнота, рвота, озноб, вследствие повышенной теплоотдачи, иногда аритмии, отсроченные депрессии дыхания, редко-нарушение функции печени с преходящей желтухой, порфирия, головная боль, повышение температуры тела до 38-39 гр. С.

б) мне разъяснено, какую роль в развитии возможных осложнений играют некоторые хронические соматические диспансерные, эндокринные, наследственные, венерические, ВИЧ, туберкулез, неврологические заболевания и заболевания связанные с соматической и психической зависимостью (наркомания, алкоголизм) и я полностью осознаю риск сокрытия указанных заболеваний. Имеющиеся в анамнезе заболевания _____

_____. Отрицаю наличие указанных заболеваний,

подпись _____.

в) мне разъяснено, что разрезы кожи и слизистых оболочек при операциях выполняются таким образом, чтобы образовавшиеся после рубцы были практически незаметны; в то же время их можно обнаружить при тщательном рассмотрении.

г) я поставлена в известность, что сразу после операции развивается отек тканей, который постепенно исчезает в течение 1-2 недель, но иногда может сохраняться до нескольких

месяцев. Развитие послеоперационного отека тканей и формирование рубца, может привести к вывороту века при блефаропластике или временному изменению функции оперированного органа, но эти изменения самостоятельно регрессируют в течение 1-6-12 месяцев.

д) при проведении операции неизбежны кожные изменения (кровоизлияния, гематомы, изменение цвета кожи), которые регрессируют в течение 1-2 недель, иногда месяца.

е) после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, тромбоз, тромбоз вен, кровотечения, тромбоз эмболии), не зависящих от правильности и качества хирургической работы, а связанные с исходным статусом пациента (снижение иммунитета, сгущение крови, варикозная болезнь, гипокоагуляция и т.д.).

ж) я информирован(а) о том, что в связи с особенностями челюстно-лицевой области, конечный результат операции не может быть предсказан и гарантирован на 100% (эстетическая оценка результата операции может быть разной). Окончательная оценка результата проводится только через год, по завершении формирования рубца.

4) Мне не известно о моей непереносимости к лекарствам, продуктам; **подпись** _____

5) К указанным препаратам имеется аллергия: _____

6) Я не буду иметь претензий к сотрудникам ТОО «СИНТЕЗ» в случае возникновения осложнений, указанных в этом документе и при беседе с врачом. **Подпись:** _____

7) Я удостоверяю, что ознакомлен(а) с приведенной выше информацией, что полученные мною объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение этого документа и подтверждаю свое согласие на проведение операции (манипуляции), общего наркоза (местной анестезии). **Подпись:** _____

8) Мне разъяснено, что в случае непереносимости мною местных анестетиков, операция (манипуляция) может быть проведена в условиях общего наркоза, поскольку анафилактические реакции на средства для наркоза (особенно ингаляционные), встречаются во много раз реже, чем на местные анестетики. Однако, редко, и на ингаляционные анестетики могут возникнуть реакции (анафилактические, токсические) в том числе и фатальные (один случай на 100 тыс. анестезий).

9) Мне разъяснено об осложнениях и опасностях в ходе наркоза и операции, которые могут возникнуть при наличии у меня в анамнезе сопутствующих заболеваний и изменениях в результатах обследования, но я настаиваю на проведении наркоза и операции ввиду объективной необходимости их проведения и снимаю с врачей ответственность при возникновении осложнений. **Подпись:** _____

10) Мне разъяснено о возможности развития осложнений, связанных с проведенными ранее специальными методами лечения (лучевая, антикоагулянтная, гормональная, химиотерапия) - гипотония, надпочечная недостаточность, коагулопатии, кровотечения, нарушения регенерации тканей.

11) Я не буду иметь претензий к врачам ТОО «СИНТЕЗ» в случае возникновения осложнений, возникших в результате несоблюдения мною врачебных рекомендаций.

12) Мне разъяснено, что данную операцию (санацию, манипуляцию) можно провести в условиях местной анестезии, но я настаиваю на проведении общего наркоза, ввиду боязни стоматологических и хирургических манипуляций. **Подпись:** _____

13) Мне разъяснено, что современная медицина находится на очень высоком уровне и безопасность пациентов как никогда высока, но и в современной медицине возможно развитие не зависящих от врача осложнений, в том числе и фатальных.

ФИО (полностью) _____

Дата заполнения: _____ **Личная подпись:** _____

Расписка составлена и подписана мною в ясном сознании в присутствии сотрудников ТОО «СИНТЕЗ» и заверена подписью руководителя и печатью.

ДИРЕКТОР ТОО «СИНТЕЗ»: _____ Белоцерковский И.А.