

АНКЕТНЫЙ ЛИСТ ПАЦИЕНТА ПЕРЕД АНЕСТЕЗИЕЙ (СЕДАЦИЕЙ)

Дата _____ 2023 год

ФИО пациента _____

1	Болеете ли вы в данное время ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
2	Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу растений?	Да	Нет
3	К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия?		
4	Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?	Да	Нет
5	Бывает ли у Вас повышение артериального давления(гипертония)?	Да	Нет
6	Случались ли у Вас ранее нарушение мозгового кровообращения, инсульта?	Да	Нет
7	Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
8	Наблюдаетесь ли Вы у терапевта/кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда?	Да	Нет
9	Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
10	Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушение свертываемости крови?	Да	Нет
11	Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?	Да	Нет
12	Наблюдается ли у Вас повышение уровня сахара(глюкозы) в крови?	Да	Нет
13	Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?	Да	Нет
14	Был ли у Вас гепатит или другие заболевания печени, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, кишечника?	Да	Нет
15	Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек?	Да	Нет
16	Больны ли Вы глаукомой?	Да	Нет
17	Страдаете ли Вы эпилепсией?	Да	Нет
18	Имеются ли у Вас съемные зубные протезы, шатающиеся зубы?	Да	Нет
19	Подвергались ли вы действию радиации или токсических веществ?	Да	Нет
20	Лечились ли вы когда-нибудь гормональными препаратами?	Да	Нет
21	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо медикаменты?	Да	Нет
22	Если ДА, то какие?		
23	Укажите перенесенные Вами операции и наркозы:		
24	Укажите Ваши хронические заболевания:		
25	Наблюдались ли у Вас или у ваших ближайших родственников осложнения во время или после анестезии (наркоза)?	Да	Нет
26	Употребляли ли Вы пищу за последние 8 часа до седации (анестезии)?	Да	Нет
27	Употребляли ли Вы жидкость(воду) за последние 4 часа до седации(анестезии)?	Да	Нет
28	Для женщин : Наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет

На вопросы ответил(а) лично _____ /подпись пациента/
 Медсестра _____ /подпись медсестры/

Информированное добровольное согласие на проведение внутривенной седации (анестезии)

Я, (ФИО) _____, карта пациента № _____, в рамках договора об оказании медицинских услуг желаю получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УТМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. При проведении мне диагностической манипуляции:
-ВИДЕОЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ;
-ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ;
-ВИДЕОБРОНХОСКОПИЯ
(нужное подчеркнуть)

планируется ВНУТРИВЕННАЯ СЕДАЦИЯ (анестезия)

2. В предварительной беседе с врачом анестезиологом я получил(а) всю интересующую меня информацию, в понятной для меня форме, о предстоящей внутривенной седации (анестезии) и возможных его вариантах.
3. Я лично заполнил(а) анкетный лист пациента перед седацией (анестезией) и полностью подтверждаю подлинность указанных мною данных.
4. Я сознательно и добровольно доверяю проведение седации (анестезии) врачу анестезиологу. Я добровольно даю согласие, если это необходимо, на выполнение других медицинских манипуляций (пункция и катетеризация периферических (центральных) вен и артерий, катетеризация мочевого пузыря, интубация трахеи, установка желудочного зонда и др.).
5. В случае, если во время манипуляции и седации (анестезии) возникнет ситуация, требующая в интересах моей жизни и здоровья, изменения метода анестезии и/или проведения дополнительных анестезиологических манипуляций, привлечения иных медицинских специалистов, я полностью доверяю решение этих вопросов врачу-анестезиологу.
6. Я утверждаю, что мне была предоставлена возможность задать любые вопросы врачу анестезиологу относящиеся к предстоящей внутривенной седации (анестезии) и полученная информация мне понятна, осознанна мной и полностью меня удовлетворила.
7. Я разрешаю анестезиологу опубликовать информацию о проведенной мне седации (анестезии) в научных и образовательных целях в сопровождении иллюстраций и сопроводительных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.
8. Мне разъяснено, что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала седации (анестезии).
9. Я предупрежден о запрете вождения автомобиля в день после седации.

Решение о проведении мне указанной седации (анестезии) принято мной добровольно, без навязывания мне чьей-либо воли.

Пациент(ка) _____
(фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)
« _____ » _____ 2023 г. _____ часов.

Если Пациент не достиг возраста 15 лет или неспособен дать согласие, настоящее согласие за него даёт законный представитель (родитель, опекун, иное лицо с правами законного представителя)

Законный представитель Пациента _____
(фамилия, имя, отчество) _____ (подпись)
« _____ » _____ 2023 г. _____ ч.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 24, 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

Врач-анестезиолог: _____ (подпись).