

ОМК

Бюджетное учреждение Республики Калмыкия
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ДЕТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ МАНДЖИЕВОЙ ВАЛЕНТИНЫ ДЖАЛОВНЫ»

ПРИКАЗ

(в редакции приказа № 406 от 18.07.2023г.)

«15» ноября 2018г.

Элиста

№ 547

Об утверждении формы бланка «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства» при оказании специализированной медицинской помощи

Во исполнение ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при оказании специализированной медицинской помощи,

приказываю:

1. Утвердить форму бланков:
 - 1.1. «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства» при оказании специализированной медицинской помощи в соответствие с приложением № 1;
2. Заведующему ОАР Нижиндаеву Г.В.:
 - ознакомить сотрудников подчиненного подразделения о необходимости оформления бланка «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства» при оказании специализированной медицинской помощи в соответствие с приложением № 1;
 - подать заявку-потребность на необходимое количество бланков в соответствие с приложением № 1;
3. Старшей медицинской сестре ОАР Астанковой Б.В. получить на складе бланки в необходимом количестве.
4. Технику-программисту (Пюрбееву С.В.) размножить бланки в соответствие с приложением № 1 по заявке-потребности в необходимом количестве и сдать на склад.
5. Начальнику ПЭО (Настиаева А.Н.) закупить необходимое количество бумаги для распечатки бланков.
6. Считать утратившим силу приказ БУ РК «РДМЦ» от 30.09.2015г. № 407 «Об утверждении формы бланка «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства» при оказании специализированной медицинской помощи».
7. Начальнику отдела кадров (Хундай Ю.Ю.) ознакомить с данным приказом заведующего ОАР Нижиндаева Г.В., техника-программиста Пюрбеева С.В., нач. ПЭО Настиаева А.Н., заместителей гл. врача по медицинской части Баджаеву В.О., по ОМР Джанджиеву А.И., главную медицинскую сестру Бирюкову В.А. путем электронной рассылки сканкопии данного приказа.
8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача

Дорджеев А.Н.



БУ РК «Республиканский детский медицинский центр
имени Манджиевой Валентины Джаловны»

Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение
медицинского вмешательства

я

(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя – полностью)
года рождения, проживающий(ая) по адресу:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, призванного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)
находясь на лечении (обследовании) в отделении

(указать название отделения)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) :

(название вида обезболивания, возможность изменения
анестезиологической тактики)

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, действующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)
и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом
анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

"__" 20__ года Подпись пациента/законного | X |
представителя -----

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись) | X |
(должность, И.О. Фамилия) -----

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

"__" 20__ года Подпись пациента/законного | X |
представителя -----

Расписался в моем присутствии:
Врач _____ (подпись) | X |
(должность, И.О. Фамилия) -----

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

"__" 20__ года