

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА АНЕСТЕЗИЮ

Настоящим я разрешаю, даю согласие и прошу компанию **Complete Anesthesia Care, LLC (CAC)** выполнить анестезию, признанную необходимой для моего медицинского вмешательства. Мне была предоставлена возможность задать все вопросы или выразить все опасения, связанные с анестезиологическим обеспечением, и получить на них ответы. Я понимаю, что **Complete Anesthesia Care** не является агентом **Northwest Gastroenterology Clinic** или **NGC Endoscopy Services, LLC**.

Виды анестезии:

- **Глубокая седация (TIVA с пропофолом):** препарат вводится в кровоток и вызывает потерю сознания. Пациент может целенаправленно реагировать при повторной или болевой стимуляции. Спонтанное дыхание обычно сохраняется. Сердечно-сосудистая функция, как правило, сохраняется. Может потребоваться вмешательство для обеспечения проходимости дыхательных путей.
- **МАС (сознательная седация):** препарат вводится в кровоток для достижения седации без потери сознания. Пациент способен целенаправленно реагировать на словесные команды. Спонтанное дыхание сохраняется. Сердечно-сосудистая функция, как правило, сохраняется.

Мне разъяснено и я понимаю, что анестезия иногда может вызывать побочные эффекты, включая, но не ограничиваясь, редкими осложнениями. Я понимаю, что в редких случаях осложнения могут потребовать госпитализации для обеспечения надлежащего дальнейшего лечения.

Побочные эффекты:

- Боль в горле
- Боль в шее/челюсти
- Тошнота и/или рвота
- Боль или повреждение в месте введения внутривенного катетера
- Повреждение зубов
- Отек
- Кровотечение из носа

Редкие осложнения:

- Неблагоприятная лекарственная реакция
- Нарушения дыхания
- Аспирация
- Низкое артериальное давление и/или частота сердечных сокращений
- Нарушение сердечного ритма
- Паралич
- Инфаркт/инсульт
- Смерть

Я понимаю важность предоставления медицинским работникам полной информации о моей истории болезни, включая необходимость сообщить обо всех принимаемых мною лекарственных средствах, как рецептурных, так и безрецептурных. Я также понимаю, что использование травяных препаратов, алкоголя или любых запрещенных веществ может привести к серьезным осложнениям и также должно быть раскрыто. Кроме того, я понимаю, что должен(должна) сообщить о любых осложнениях, возникших при предыдущих анестезиях.

Я подтверждаю, что прочитал(а) данный документ или он был зачитан мне, что я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты анестезиологического обслуживания, и что у меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и обдумать свое решение.

Подписывая данный документ, я подтверждаю, что был(а) проинформирован(а) о том, что некоторые анестезиологические препараты при применении в первом или третьем триместре беременности могут быть вредны для нерожденного ребенка. Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы, связанные с анестезией и/или эндоскопией во время беременности, и все мои вопросы были удовлетворительно разъяснены.

Также подтверждаю следующее:

Я не беременна

Я беременна

Н/П

И настоящим даю **NGC Endoscopy Services** и **CAC** разрешение на проведение колоноскопии / эндоскопии в сочетании с анестезией, в объеме, который сочтет необходимым мой анестезиолог.

Подпись пациента _____ **Дата** _____ **Время** _____

Родитель или опекун (при необходимости) _____ **Дата** _____ **Время** _____

Подпись анестезиолога _____ **Дата** _____ **Время** _____