



מרכז רפואי מעיני הישועה | מחלקת הרדמה

Бланк согласия: анестезия

ANESTHESIA

АНЕСТЕЗИЯ

Существуют общий, региональный и местный наркоз, а также сочетания этих методов.

Общий наркоз - проводится с помощью внутривенных инъекций и/или через дыхательный аппарат с помощью тубуса (дыхательной трубки) и/или маски. Действие лекарств заключается в постепенной потере сознания, мышечном расслаблении и обезболивании. Темп пробуждения после наркоза зависит от факторов, связанных с операцией, от наркоза и от общего состояния пациента/ки.

Региональный наркоз - проводится с помощью перинеуральных инъекций и таким образом действует только на определенную часть тела. Например, эпидуральная и спинальная анестезия, при которой лекарство вводится в пространство, окружающее спинной мозг.

Местный наркоз - проводится с помощью инъекций в области операции, обычно самим хирургом. Возможны сочетания этих методов, например - общий и региональный наркоз, региональный и местный наркоз.

Риск, связанный с каким бы то ни было видом наркоза, необязательно имеет отношение к типу и сложности операции.

У **беременной женщины** при любом виде наркоза возможен переход лекарства к плоду. В единичных случаях также возможны побочные эффекты и осложнения у плода или осложнения при протекании беременности.

Пациент/ка должен/а предоставить анестезиологу полную информацию о своих заболеваниях, о чувствительности к лекарствам, о реакции на предыдущий наркоз, и о том, были ли осложнения при наркозе.

Имя пациента/ки _____
 Фамилия Имя Имя отца № уд. личности

Настоящим подтверждаю устное получение подробной информации от доктора:

 Фамилия врача Имя врача

О необходимости наркоза при выполнении плановой операции.

Я получил/а разъяснения о целях и возможных методах наркоза. Настоящим подтверждаю получение информации о разных видах наркоза, а также о возможности изменения метода наркоза и/или сочетания разных методов и/или перехода от одного метода к другому по решению анестезиологов и хирургов.

Я осведомлен/а о побочных воздействиях **общего наркоза**, включая боль в горле и затрудненное глотание, мышечные боли, тошноту и рвоту, а также плохое общее самочувствие.

Я осведомлен/а о рисках и осложнениях, включая повреждение зубов и трахеи вследствие введения аппаратуры. В редких случаях случаются тяжелые осложнения, включая аллергическую реакцию,



מרכז רפואי מעיני הישועה | מחלקת הרדמה

очень высокую температуру, нарушения функции печени и/или других жизненно важных органов. В редчайших случаях эти осложнения приводят к летальному исходу.

Я осведомлен/а о побочных воздействиях **регионального наркоза**, включая дискомфорт в области укола. После прекращения действия наркоза на какое-то время остается нечувствительность и ограниченность в движениях или даже временный паралич части тела.

Я также осведомлен/а о рисках и возможных осложнениях, включая местную инфекцию/абсцесс и кровоподтек. Кроме того, спинальная/эпидуральная анестезия иногда сопровождается болью в спине. Также возможны утечка спинной жидкости и/или проникновение иглы сквозь оболочку спинного мозга, что может привести к острым или продолжительным головным болям. Эти осложнения требуют лечения. В еще более редких случаях возможно необратимое повреждение нервов, снабжающих конечности и мочевой пузырь.

Настоящим я даю свое согласие на проведение наркоза за исключением

Я осведомлен/а о возможности неудачи при проведении анестезии вследствие моего анатомического строения, что не всегда можно предсказать заранее.

Вследствие неудачи может понадобиться лечение для поддержания деятельности жизненно важных органов вплоть до реанимации. Я понимаю, что в этом случае плановая операция может быть не выполнена.

Я знаю и согласен/на с тем, что анестезия будет проводиться соответствующим персоналом согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения. Мне не обещано, что она будет полностью или частично выполнена каким-либо определенным лицом. При этом ответственность за выполнение анестезии будет нести медицинское учреждение в соответствии с законом.

Подпись пациента/ки

Время

Дата

Имя опекуна (степень родства)

Подпись опекуна (в случае недееспособного, малолетнего или душевнобольного пациента)

Настоящим подтверждаю, что я устно или с помощью переводчика разъяснил пациенту/ законному опекуну пациента* все сказанное выше с необходимыми подробностями, и что он/она подписал/а бланк согласия в моем присутствии после того, как я убедился в том, что он/она полностью понял все мои разъяснения.

Имя врача

Подпись врача

Номер лицензии

* Лишнее зачеркнуть