

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

Настоящим я уполномочиваю, даю согласие и прошу **Anesthesia Associates Northwest (AANW)** выполнить анестезию, которая будет сочтена необходимой для проведения моей процедуры. Мне была дана возможность получить ответы на все мои вопросы или обсудить все поводы для беспокойства касательно анестезии.

- Глубокая седация (тотальная внутривенная анестезия пропофолом) Deep Sedation (TIVA with Propofol):** препарат вводится в кровоток и вводит в бессознательное состояние. Пациент может целенаправленно реагировать на многократные или болезненные стимулы. Самостоятельное дыхание обычно сохраняется. Сердечно-сосудистая функция обычно сохраняется. Может потребоваться вмешательство для обеспечения проходимости дыхательных путей.
- Мониторимуемая анестезиологическая помощь (седация с сохранением сознания) MAC (Conscious Sedation):** препарат вводится в кровоток и оказывает седативный эффект без потери сознания. Пациент способен целенаправленно реагировать на устные указания. Самостоятельное дыхание сохраняется. Сердечно-сосудистая функция обычно сохраняется.

Меня проинформировали, и я понимаю, что иногда возникают побочные эффекты от анестезии, в том числе, помимо прочего, некоторые редкие осложнения. Я понимаю, что в редких случаях осложнения могут потребовать госпитализации для оказания надлежащей помощи.

Побочные эффекты

Боль в горле
Боль в шее/челюсти
Тошнота и/или рвота
Боль или повреждение в месте инъекции
сокращений
Повреждение зубов
Отек
Носовое кровотечение

Редкие осложнения

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

Я понимаю важность предоставления моим врачам полной истории болезни, включая необходимость раскрытия информации о любых принимаемых мной лекарствах, как рецептурных, так и отпускаемых без рецепта. Я также понимаю, что прием растительных средств, алкоголя или любых незаконных наркотических веществ может привести к серьезным осложнениям и что об этом также необходимо сообщить. Я также понимаю, что необходимо сообщить о любых осложнениях, возникших после применения анестетических препаратов в прошлом.

Я подтверждаю, что прочитал (-а) эту форму или мне ее прочитали, что я понимаю риски, альтернативы и ожидаемые результаты анестезии, а также что у меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и обдумать свои решения.

Подписывая этот документ, настоящим я заявляю, что мне сообщили о том, что некоторые препараты для анестезии в случае применения во время беременности могут причинить вред нерожденным детям. Мне была дана возможность получить разъяснения по всем вопросам, касающимся анестезии и/или эндоскопии во время беременности, и на все мои вопросы были даны удовлетворительные ответы.

Я также заявляю, что Я не беременна Я беременна Неприменимо
I further represent that I am not pregnant I am pregnant N/A

и настоящим даю разрешение учреждению здравоохранения и **AANW** на выполнение колоноскопии/эндоскопии в сочетании с анестезией так, как сочтет нужным мой поставщик услуг анестезии.

Подпись пациента или законного
представителя
Patient or Legal Representative Signature

Дата
Date

Время
Time

Подпись поставщика услуг анестезии
Anesthesia Provider's Signature

Дата
Date

Время
Time