

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

Настоящим я уполномочиваю, даю согласие и прошу **Metropolitan Anesthesia, LLC (MPA)** 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.
- Мониторлируемая 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 **МРА** 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