

## Медицинский центр гастроэнтерологии Island Digestive Health Center, LLC

### Согласие на услуги, связанные с анестезией

Я подтверждаю, что мой врач объяснил, что мне предстоит проведение процедуры. Я также понимаю, что для выполнения врачом процедуры необходимы услуги, связанные с анестезией. Мне объяснили, что все виды анестезии связаны с определенным риском, и в результате анестезии могут иметь место, хотя и редко, тяжелые осложнения, к которым относятся, среди прочего, инфекции, кровотечения, реакции на лекарства, образование тромбов, потеря чувствительности, нарушение функции конечностей, паралич, инсульт, повреждение головного мозга, нарушение сердечного ритма, инфаркт миокарда, легочные осложнения или смерть. Я понимаю, что эти риски применимы ко всем видам анестезии, а дополнительные или специфические риски объяснены и определены ниже. Я понимаю, что виды услуг анестезиолога, отмеченные ниже, будут предоставляться в ходе проводимой мне процедуры и что применяемые методы будут определяться многими факторами, в том числе моим физическим состоянием, типом выполняемой процедуры, а также моими собственными предпочтениями и предпочтениями моего врача.

#### Предоставляемые методы анестезии:

<b>Анестезиологическое сопровождение (без седации)</b>	Ожидаемые результаты	Никаких изменений в сознании или психическом состоянии
	Методика	Мониторинг показателей жизненно важных функций организма
	Риски	Возможный дискомфорт, связанный с процедурой
<b>Анестезиологическое сопровождение (с седацией)</b>	Ожидаемые результаты	Снижение уровня тревоги и боли, частичная или полная амнезия
	Методика	Препарат вводят в кровоток или другими путями, что вызывает полубессознательное состояние
	Риски	Аллергические реакции на лекарственные препараты, травмы зубов, осознание хода процедуры, повреждение кровеносных сосудов, угнетенное дыхание.

***Настоящим я даю согласие на услуги, связанные с анестезией, а также даю разрешение на их предоставление анестезиологом. Я подтверждаю, что прочитал(а) эту форму, что понимаю характер, преимущества, риски, альтернативы и ожидаемые результаты услуг,***

*связанных с анестезией, и что у меня было достаточно времени, чтобы задать вопросы и взвесить свое решение.*

Дата \_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_

Подпись пациента / представителя \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Подпись свидетеля \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_