

## ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, \_\_\_\_\_, підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини \_\_\_\_\_) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Під «оперативним втручанням», «хірургічним втручанням» або «операцією» в тексті цієї згоди розуміється будь-яка стоматологічна маніпуляція, яка виконується із застосуванням знеболення.

Я отримав(ла) інформацію про \_\_\_\_\_ у мене (у моєї дитини) \_\_\_\_\_ (наявність/відсутність)

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (-ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав (-ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за \_\_\_\_\_ показаннями. \_\_\_\_\_ (відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією  
внутрішньовенною анестезією  
загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень  
регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією  
комбінованою анестезією (загальною + регіональною).


Я усвідомлюю, що операція та знеболення – це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції.

**Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)**

\_\_\_\_\_ (П.І.Б. лікаря)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ (підпис лікаря)

**Інформацію довів лікар-анестезіолог**

\_\_\_\_\_ (П.І.Б. лікаря)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

\_\_\_\_\_ (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав (-ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

\_\_\_\_\_ згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (даю/не даю)

а знеболення – лікарю \_\_\_\_\_, що підтверджую своїм підписом.

\_\_\_\_\_ « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
підпис пацієнта

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) \_\_\_\_\_