



DR ALI'S

DENTAL CENTER

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.

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 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 та штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією

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. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я

даю/не даю

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

.....
прізвище, ім'я, по-батькові лікаря

.....
дата

.....
підпис

Інформацію довів
лікар-анестезіолог

.....
прізвище, ім'я, по-батькові лікаря

.....
дата

.....
підпис

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.

.....
дата

.....
підпис пацієнта

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники)