

Информированное согласие на анестезиологические услуги

Я даю согласие на введение глубокой анестезии и местной анестезии квалифицированным специалистом в центре «Carnegie Hill Endoscopy Center, LLC».

1. Квалифицированный специалист объяснил мне общие характеристики и цель предложенной анестезии и обсудил их со мной. Процедура включает введение катетера в мою вену и введение медицинского препарата. Во время проведения процедуры будут контролироваться мои жизненно важные функции. (кровяное давление, электрокардиограмма, насыщение кислородом, дыхание и газообмен в легких.)
2. Я даю согласие на введение внутривенной анестезии и ингаляции кислорода под руководством и/или наблюдением квалифицированного специалиста.
3. Квалифицированный специалист объяснил мне следующие вопросы и обсудил их со мной:
 - A) Риски анестезии, возникающие перед, в течение и после процедуры включают, не ограничиваясь этим списком: воспаление вены, кровоизлияние в области места инъекции и/или его обесцвечивание, спазм мышц лица, недостаточную координацию, сонливость, слабость, аллергические реакции, рвоту, тошноту, повреждение зубов или тканей рта, некроз тканей в области места инъекции, повреждение мозга, паралич, остановку сердца и смерть.
 - B) Возможные или вероятные результаты внутривенной анестезии заключаются в том, что я буду находиться под влиянием седативных препаратов или в состоянии, которое подобное сну.
 - C) Все возможные изменения в введении внутривенной анестезии были мне объяснены.
 - D) Мне известно, что врачевание не является точной наукой, и я подтверждаю, что мне не давали никаких гарантий относительно результатов предложенного лечения и/или анестезии.
 - E) Преимущества клинической анестезии.
4. Я понимаю, что в тот период, когда я получаю анестезию, может возникнуть состояние, которое потребует изменения или расширения этого согласия. Таким образом, я даю разрешение на изменение или расширение этого согласия, которые в создавшихся условиях будут считаться необходимыми в результате профессионального суждения.
5. Я понимаю, что медицинские препараты, которые я принимаю, могут вызвать осложнения с анестезией и операцией. Я сообщил моему анестезиологу об этих медицинских препаратах, а также о всех других растительных препаратах, добавках, отпускаемых без рецепта, пищевых добавках и/или рекреационных препаратах.
6. Я подтверждаю, что я прочитал и полностью понимаю утверждение вышеуказанного согласия, на обсуждение которого мне было предоставлено достаточное количество времени, и что квалифицированный специалист исчерпывающе ответил на все мои вопросы.
7. Я сознательно и добровольно даю согласие на введение внутривенной анестезии, как указано выше. Во время прочтения, объяснения и заполнения этого бланка я обладал всеми умственными способностями и не находился под воздействием алкоголя и/или медицинских препаратов.
8. «York Anesthesia, PLLC» выставит счет моей страховой компании, когда это потребуется. Настоящим я даю разрешение на передачу моих страховых выплат непосредственно «York Anesthesia, PLLC».

Пациент/Официально уполномоченный представитель: _____

Свидетель: _____

Дата: _____ Время: _____

«York Anesthesia»: _____