

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР  
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК  
«АКУЛА»»**

Медична карта №

**Інформована згода  
на анестезіологічне забезпечення медичних втручань**

Я, \_\_\_\_\_ - мати /батько /опікун  
дитини \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ р.н.,  
як особа, що за законом представляє інтереси цієї малолітньої особи, даю усвідомлену згоду на  
проведення моєї дитині анестезіологічного забезпечення медичних втручань:

(назва виду знеболювання, можливість зміни анестезіологічної тактики)

Анестезіологічне забезпечення буде проводити **лікар-анестезіолог дитячий** \_\_\_\_\_

Я повідомив (-ла) лікаря про всі проблеми, пов'язані зі здоров'ям дитини, у тому числі про:

- алергічні прояви або індивідуальну непереносимість лікарських препаратів, їжі, побутової хімії, пилку квітів;
- всі перенесені дитиною і відомі мені травми, операції, захворювання;
- екологічні і виробничі фактори фізичної, хімічної або біологічної природи, що впливають на мою дитину під час життєдіяльності;
- лікарські засоби, що вживаються.

Я повідомив (-ла) правдиві відомості про спадковість, вживання алкоголю, наркотичних і токсичних засобів.

Я проінформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків.

Лікар-анестезіолог надав мені повну інформацію про ризик майбутньої анестезії, її особливості, небажані ефекти:

- I ст. – незначний
- II ст. – помірний
- III ст. – значний
- IV ст. – високий

Я мав (-ла) можливість задати всі цікаві для мене питання і отримав (-ла) вичерпні відповіді на них.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної картки пацієнта.