

## Добровольное согласие на седацию

### טופס הסכמה מדעת לסדציה

Седация – это подавление сознания, которое позволяет пациенту физически и эмоционально расслабиться, чтобы не чувствовать боль или неприятные ощущения во время проведения медицинских процедур. Степень седации измеряется по уровню влияния на состояние сознания. Уровень глубины седации у пациентов зависит от разных переменных, таких как возраст, вес, болезни и реакция организма на лекарства. Следует обратить внимание, что в определенных ситуациях глубокая седация может перейти в общий наркоз.

Седацию проводят в случаях, когда пациенту проводят болезненные или неприятные процедуры, но для их проведения необходимо участие пациента. Преимущество седации – частично замутненное сознание, а не полный наркоз, таким образом жизненно важные процессы в организме идут своим чередом, и человек приходит в себя после процедуры намного легче и быстрее.

Обычно, седацию проводит врач не анестезиолог, но в некоторых случаях требуется участие анестезиолога, в зависимости от сложности процесса в связи с медицинским состоянием пациента. Седацию проводят при помощи инъекции препарата в кровеносную систему и/или орально, через ротовую полость. Во время седации пациент может полностью отключиться и не чувствовать своего тела или боли, но остается связь с врачами и работа жизненно важных процессов организма. Скорость того, как пациент приходит в себя после седации, зависит от разных переменных, таких как возраст, состояние здоровья, вид и количество использованных препаратов, продолжительность седации. Обычно пациент приходит в себя быстрее, чем при наркозе.

Опасности во время седации обычно не зависят от ее вида и сложности, а больше связаны с медицинским состоянием пациента и его сопутствующими заболеваниями, такими как дыхательная недостаточность, сердечная недостаточность, общие сердечные заболевания и т.д. На юных пациентов и на пожилых, старше 85 лет, препараты седации оказывают большее воздействие, и они дольше приходят в себя. Эти данные принимаются во внимание во время планирования процесса седации.

В определенных ситуациях у пациента могут отказать некоторые жизненно важные рефлексы, такие как кашель, рвота или дыхание. В таких ситуациях,



границащих с наркозом, персонал проводит необходимые действия, чтобы остановить возможные осложнения, такие как извержение содержания желудка, удушье, воспаление легких и остановка дыхания. В результате этих действий может быть причинен вред зубам, полости рта и дыхательным путям. Персонал, который работает с вами, прошел специальную подготовку и имеет право заниматься такими случаями. В редких случаях возможны тяжелые осложнения, например, тяжелая аллергическая реакция и/или проблемы в работе других жизненно важных процессов. В очень редких случаях в результате таких осложнений возможен смертельный исход.

У беременной женщины во всех видах седации возможно попадание препаратов седации эмбриону, в редких случаях возможны побочные эффекты и осложнения у эмбриона или осложнения с дальнейшим протеканием беременности. Поэтому пациент должен предоставить врачу полную информацию о своих болезнях, аллергии на лекарства и реакции на наркоз/седацию в прошлом, и об осложнениях, если таковые были.

Имя пациента:

---

Фамилия	Имя	Имя отца	Номер у.л.
---------	-----	----------	------------

Я подтверждаю, что получил подробные объяснения в устной форме от д-ра:

---

Фамилия	Имя
---------	-----

о необходимости седации для проведения запланированные проверки/процедуры. Кроме того, мне объяснили цель седации и возможные способы ее проведения. Я подтверждаю, что мне были объяснены разные виды седации, и возможность изменения глубины седации вплоть до полного наркоза на усмотрение лечащего врача и/или анестезиолога. Я подтверждаю, что мне известно, что если я не соглашусь на седацию, то возможно процедура принесет мне боль/страдание, и возможно ее не смогут провести как положено.

Мне объяснили, что седация может не увенчаться успехом из-за особенностей строения моего организма. Часто этого нельзя предсказать заранее. Неудачная седация может потребовать определенных действий, направленных на



поддержание жизненно важных процессов организма и на спасение моей жизни. Мне разъяснили, что в таком случае запланированная процедура может быть не произведена до конца.

Мне рассказали о возможных побочных эффектах после седации: боль в горле, неприятное ощущение при глотании, боль в мышцах, тошнота, рвота и общее недомогание.

Я знаю и согласен с тем, что седацию и ее разные виды произведет специально обученный персонал в соответствии с нормами и директивами медицинского учреждения, и что мне не обещали, что всю процедуру или ее часть проведет определенный человек, и она будет сделана в соответствии с гарантиями данного учреждения и в соответствии с законом.

_____	_____	_____
<b>Число</b>	<b>Время</b>	<b>Подпись пациента</b>
_____	_____	_____
<b>Имя представителя</b>	<b>родство</b>	<b>подпись</b>

(в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что подробно объяснил пациенту/представителю пациента в устной форме все вышесказанное, и что он/она подписал/ла данное согласие на моих глазах после того, как я убедился, что он/она полностью понял/ла мои объяснения.

_____	_____	_____
Имя врача	Подпись врача	Номер врачебного удостоверения

**Краткое содержание разъяснений, полученных пациентом:**

---

---

---

---

---



Примечания:

---

Примечания к согласию, место беседы

---

На беседе присутствовали:

---

Число \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Подпись пациента

---

Имя законного

---

представителя

---

Подпись представителя

(в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что объяснил в устной форме пациенту/законному представителю пациента все вышесказанное подробно, насколько это необходимо, и что он подписал согласие в моем присутствии, после того как я убедился, что он полностью понял мои объяснения.

---

Имя врача

---

Подпись

---

Номер врачебного удостоверения