



SANATORIO
OTAMENDI

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭПИДУРАЛЬНУЮ АНЕСТЕЗИЮ ПРИ РОДАХ

Дата
поступления

Я,, уд. личности №
..... уполномочиваю доктора
..... провести мне процедуру, известную как
ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА (эпидуральная анальгезия).

Эпидуральная анальгезия - это процедура, направленная на облегчение или подавление боли во время нормальных родов и зарекомендовавшая себя как наиболее эффективный метод обезболивания. Эпидуральная анальгезия назначается и проводится исключительно анестезиологами. Эпидуральная блокада позволяет матери чувствовать себя комфортно, частично или полностью обезболивая роды, способствуя ее более активному участию в рождении ребенка.

Эпидуральная блокада:

- Не изменяет сокращения матки при родах
- Обеспечивает обезболивание при кесаревом сечении, при необходимости
- Для ее реализации не требуется дополнительных обследований
- Не требуется проводить аллергологическое тестирование, если в анамнезе нет побочных реакций на препараты, обычно используемые при анестезии.
- Как и любой другой метод анестезии, эпидуральная анальгезия не лишена риска. Частота серьезных осложнений эпидуральной анальгезии очень низка. Наиболее распространенным осложнением является постоянная головная боль, иногда продолжающаяся несколько дней.
- Возможны и другие незначительные осложнения, такие как снижение артериального давления, головокружение, одышка, покалывание и судороги. Более серьезные осложнения могут включать инфекцию, абсцесс или эпидуральную гематому.

Я заявляю, что прочитал/а и понял/а данный документ, а также что получил/а устную информацию, которая мне понятна, и что я согласен/а с разъяснениями относительно процедуры и ее возможных рисков.

Подпись пациента

Расшифровка

Подпись врача

Расшифровка / Печать

В случае, если пациент не может поставить подпись, уточнить причину:

Подпись сопровождающего

Расшифровка

ОТЗЫВ/ОТКАЗ ОТ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Сегодня я, настоящим отзываю/отказываюсь от данного согласия, будучи должным образом проинформирован/а лечащим врачом о медицинских последствиях НЕ выполнения описанной в нем процедуры. Я полностью принимаю на себя ответственность и последствия принятого мною решения.

Подпись пациента или представителя /расшифровка/ № уд. личности.

Подпись и печать врача