**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ / МАНИПУЛЯЦИИ**

**г. Минск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО представителя владельца животного и/или владельца)*

владелец (представитель владельца) животного

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид животного** |  |
| **Порода** |  |
| **Кличка** |  |
| **Дата рождения/ возраст** |  |
| **Пол** |  |

Я согласен/согласна на проведение моему животному:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование операции/манипуляции)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Суть, метод, возможные осложнения, альтернативные способы лечения мне разъяснены и понятны. Я так же имел (-а) возможность получить консультацию и задать все интересующие вопросы оперирующему хирургу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Я осознаю, что указанная операция/манипуляция связана с болевыми ощущениями от легкой до тяжелой степени, что требует проведения анестезиологического сопровождения. Планируемый протокол анестезии, а также возможные осложнения мне разъяснены врачом-анестезиологом и понятны. Я понимаю, что в случае изменения состояния моего животного план анестезии может быть изменен на усмотрение анестезиолога.

Я понимаю, что риск возникновения осложнений после операций/манипуляций под общей анестезией может быть прогнозирован в результате проведенной предоперационной диагностики, включающей УЗИ сердца, ЭКГ, биохимический и общий анализ крови. В случае моего отказа от проведения диагностических мероприятий и возникновения осложнений, претензий к врачам клиник Доктор Вет иметь не буду.

На проведение предварительных исследований (анализы крови, ЭКГ, УЗИ, рентген)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(согласен/проведены/отказываюсь)*

Риск проведения анестезиологического сопровождения моему животному связан с его физическим состоянием, наличием сопутствующих болезней, объемом хирургического вмешательства и соответствует классу ASA \_\_\_\_\_.

**Классификация объективного статуса пациента (ASA).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Класс ASA** | **Процент встречаемости анестезиологических осложнений в классах** | **Данные о пациенте и об оперативном вмешательстве** |
| ASA I | менее 0,1% | Малые операции нормальным, здоровым пациентам |
| ASA II | менее 1,5% | Малые, средние операции пациентам с контролируемыми сопутствующими заболеваниями без значительных системных эффектов |
| ASA III | 5-7% | Малые, средние операции пациентам с хроническими заболеваниями в стадии компенсации |
| ASA IV | до 20% | Большие операции, экстренные вмешательства пациентам с хроническими заболеваниями в стадии близкой к декомпенсации |
| ASA V | до 60-70% | Любые операции пациентам в критическом физическом состоянии, которое дает мало шансов на выживание даже при отсутствии хирургического лечения |

В случае если предварительные исследования не проводились, процент риска значительно увеличивается и определяется врачом в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­.

**Анестезиологическими осложнениями являются:** кератит, кашель, парадоксальное возбуждение, повреждение зубов, увеличение или снижение уровня глюкозы, тошнота, рвота, боль в позвоночнике, неврологический дефицит, ухудшение течения хронических болезней, нарушение функции внутренних органов, гибель животного.

Я осознаю, что восстановление после анестезии - важный этап, требующей врачебного контроля. Я согласен (согласна) на нахождение моего животного в отделении реанимации и интенсивной терапии в ближайший послеоперационный период. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Я согласен (согласна), чтобы в ходе операции/манипуляции выполнялись фото-, видеосъемка, телевизионная трансляция и обучение. Все органы или ткани, удалённые у моего животного, могут быть исследованы и оставлены в ветеринарной клинике для ветеринарных, научных или учебных целей или утилизированы в соответствии с установленными правилами.

В случае гибели животного от неочевидных причин согласен (согласна) на выполнение патологоанатомического вскрытия для внутриклинического разбора случая без выдачи официального заключения.

Я осознаю, что ответственность за несоблюдение рекомендаций врача лежит полностью на владельце животного.

Я информирован (-а) о примерной стоимости хирургической операции, включая стоимость анестезиологического сопровождения, лечения в отделении анестезии и реанимации, расходных материалов. Она составит от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Я, признаю, что проведенная операция/манипуляция может не привести к ожидаемому эффекту. Я, признаю, что нет гарантий, что сделанное моему животному даст положительные результаты, которые ожидаются от этой операции/манипуляции. Я понимаю, что должен (должна) оплатить все лечебные мероприятия независимо от получения или неполучения желаемого результата, если отсутствие этого результата не вызвано виной врачей.

Я понимаю, что в ходе операции, а также в послеоперационный период могут возникнуть обстоятельства, меняющие согласованный характер действий и требующие дополнительных операций/манипуляций. Я согласен (согласна) на выполнение дополнительных операций/манипуляций и обязуюсь их оплатить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(подпись)*

Контакты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(номера телефонов)*

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, расшифровка подписи владельца (представителя владельца)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проинформировал врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись врача, расшифровка подписи)*