

Дорогие родители!

Вашему ребёнку предстоит амбулаторная операция. Задача анестезиолога состоит в том, чтобы подобрать для вашего ребёнка наиболее подходящий метод анестезии, провести анестезию и наблюдать за ребёнком первое время после проведения наркоза. Тщательно ответив на приведённые ниже вопросы, Вы сможете помочь нам составить представление о состоянии здоровья Вашего ребёнка и наилучшим образом обеспечить безопасность операции. В беседе с анестезиологом Вы получите информацию о порядке проведения и различных техниках наркоза и наблюдения, а также рисках наркоза. Задавайте нам любые вопросы, интересующие Вас в связи с анестезией!

Искренне Ваш - коллектив анестезиологов д-р Маркус Фуль, д-р Тобиас Бон, д-р Морис Пина – anästhesiepunkt.

Фамилия _____
 Дата рождения _____
 Улица/№ дома _____
 Место проживания _____
 Телефон _____
 Медицинская страховка _____
 Лечащий врач _____
 Высота / масса тела _____

Вашему ребёнку уже проводились операции? да нет
 Какие? _____
 Когда? _____

Были ли при этом какие-либо особенности? да нет
 Какие? _____

Были ли у близких родственников Вашего ребёнка какие-либо инциденты в связи с наркозом? да нет
 Какие? _____

В настоящее время Ваш ребёнок проходит лечение? да нет
 В связи с каким заболеванием? _____

Принимает ли Ваш ребёнок регулярно какие-либо лекарства? да нет
 Какие? _____

Было или есть ли у Вашего ребёнка одно из следующих заболеваний?

1. Заболевание сердца (порок сердца, нарушения сердечного ритма, синеватость ли ребёнок при нагрузке)? да нет
2. Нарушения кровообращения (слишком высокое или слишком низкое кровяное давление)? да нет
3. Сосудистые заболевания (нарушения кровотока, тромбоз, апоплексия)? да нет
4. Заболевания лёгких и дыхательных путей (туберкулёз, пневмококиоз, воспаление лёгких, эмфизема лёгких, астма, хрон. бронхит, апноэ во сне)? да нет
5. Заболевания печени (желтуха, цирроз, гепатит)? да нет
6. Заболевания почек (воспаление почек, камни в почках)? да нет
7. Заболевания пищеварительного тракта (изжога, заболевания желудка, хроническое кишечное заболевание)? да нет
8. Нарушения обмена веществ (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы)? да нет
9. Заболевания глаз (глаукома/катаракта)? да нет
10. Нервные расстройства (эпилепсия, паралич, частые головные боли)? да нет

11. Заболевания костной системы (позвоночника, суставов)? да нет
12. Серьёзные заболевания мышц или слабость мышц, в том числе у близких родственников, предрасположенность к злокачественной гипертермии? да нет
13. Заболевания крови или нарушения свёртывания крови, в том числе у близких родственников (частое или продолжительное носовое кровотечение)? да нет
14. Есть ли у Вашего ребёнка аллергические реакции на определённые вещества (медикаменты, пластыри, продукты питания, латекс)? да нет
 Какие? _____
15. Инфекционные болезни у Вашего ребёнка да нет
 Какие? _____
16. Делались ли Вашему ребёнку прививки за последние 2 недели? да нет
 Какие? _____
17. Если ли у Вашего ребёнка дефекты зубов? да нет
18. Прочие особенности (преждевременные роды, острые инфекции и др.) _____

Заявление о согласии

г-н/г-жа д-р _____ провела со мной разъяснительную беседу о порядке проведения анестезии на основе моих ответов. Я задал все интересующие меня вопросы - в частности, о способе проведения и специфических рисках на предварительном и последующем этапе, а также возможных изменениях порядка проведения. Содержание информации для родителей принято мной к сведению.

У меня больше нет никаких вопросов.
 У меня ещё остались следующие вопросы: _____

Примечания врача к разъяснительной беседе: _____

Копия моего согласия была выдана мне после проведения разъяснительной беседы.

Дата _____

Подпись врача _____

Подпись законного представителя ребёнка _____