

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА
пацієнта на знеболення під час пологів / кесаревого розтину

1. Я, _____, даю свою згоду на _____, яке буде проведено лікарем-анестезіологом _____.

2. Я даю свою згоду на введення в епідуральний простір місцевих анестетиків, наркотичних анальгетиків та/або інших лікарських засобів.

3. Я розумію, що серед можливих ускладнень або ризиків процедури, які хоча й виникають дуже рідко, разом з тим про них повідомляється у медичній літературі, є наступні:

- неефективне знеболення;
- гіпотензія (низький артеріальний тиск);
- постпункційний головний біль, який може потребувати додаткового медикаментозного лікування;
- стійке оніміння та/або слабкість в ногах;
- тимчасова нудота і блювота;
- пошкодження катетера, голки тощо, які можуть потребувати хірургічного лікування;
- запаморочення та судоми, що можуть виникнути внаслідок швидкого всмоктування місцевого анестетика в кров;
- тимчасова тотальна спинальна анестезія (потребує додаткових заходів для підтримки життя);
- дихальні та/або серцево-судинні розлади (потребує додаткових заходів для підтримки життя);
- біль у спині;
- порушення стану плода внаслідок одного з наведених ускладнень.

4. Я погоджуюсь на додаткові маніпуляції, потреба в яких може з'явитися внаслідок непередбачуваних умов, які мій лікар та його помічники можуть вважати необхідними або доцільними під час виконання процедури.

5. Мені були повністю роз'яснені суть та цілі процедури, альтернативні методи лікування, ризики та можливі ускладнення. Я розумію, що ніхто не зможе дати гарантії та запевнень щодо результатів, які можуть бути отримані.

Дата: _____

Підпис: _____