****

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение послеоперационного обезболивания (кесарево сечение)**

Я, пациент (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, желаю получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получила от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в других медицинских организациях Свердловской области.
2. Я информирована, что согласно клиническим рекомендациям (протокол лечения) «Анестезия при операции кесарева сечения» (2018 г.) послеоперационное обезболивание проводится следующими методами: нестероидные противовоспалительные препараты; парацетамол.
3. Я добровольно **даю своё согласие** на проведение послеоперационного обезболивания после кесарева сечения с использованием следующих лекарственных препаратов *(выбрать нужное* 🗹*)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование лекарственного препарата | Фармакотерапевтическая группа |
| □ | Ифимол | Анальгезирующее ненаркотическое средство (парацетамол) |
| □ | Кетонал (таблетки) | Нестероидный противовоспалительный препарат |
| □ | Кетонал (раствор для введения) | Нестероидный противовоспалительный препарат |
| □ |  |  |

1. Я ознакомлена с инструкцией по применению указанных лекарственных препаратов. В частности, я предупреждена, что в инструкции по применению производителем может быть указано, что применение препарата в период грудного вскармливания возможно с осторожностью, только если ожидаемая польза превышает возможный риск для матери и плода, или указано, что на сегодняшний день отсутствуют данные о выделении действующего вещества в грудное молоко, в связи с чем при необходимости применения препарата следует решить вопрос о прекращении грудного вскармливания.
2. Мне разъяснено, что применение указанных лекарственных препаратов требуется краткосрочно (в соответствии с назначениями врача, от 1 до 3 дней) для симптоматического лечения боли в послеоперационном периоде.
3. Мне понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов, и я даю свое согласие на их использование.
4. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
5. Решение о проведении мне медицинского вмешательства является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чье-либо воли.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)