

Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство

г. Москва

Дата: 02.07.2025

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения,
зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы
(Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации" даю и настоящим подтверждаю, что по собственной
воле, осознанно и самостоятельно, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств,
угроз, насилия, добровольно соглашаюсь **на оперативное (медицинское) вмешательство**, которое
будет проводиться в отделении хирургии ООО «Селин Фармацевтик» (ОГРН 5157746118602) по
адресу: 123056, г. Москва, Большой Кондратьевский пер., д. 7. врачом: ADMIN

(квалификация, ФИО - полностью)

1. Перед проведением вышеуказанной процедуры я в максимально полном объеме сообщил(а) врачу
информацию о себе и состоянии моего здоровья, а именно:

- о наличии/ отсутствии хронических заболеваний:

(нужное подчеркнуть, при наличии указать)

- о принимаемых лекарственных препаратах:

(при наличии указать)

- о проведении подобного(аналогичного) оперативного (медицинского) вмешательства ранее и его результатах:

(при наличии указать)

2. Мне в доступной форме, предоставлена информация:

2.1. О состоянии моего здоровья, а именно:

- о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего состояния согласно
установленному диагнозу в соответствии с МКБ-10;

- о результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента.

2.2. О предстоящем оперативном(медицинском) вмешательстве:

- о этапах проведения оперативного вмешательства и об ожидаемых результатах;

- о возможных последствиях и осложнениях, вовремя и после оперативного вмешательства;

- о действии применяемых медикаментов;

- обо всех возможных вариантах оперативного (медицинского) вмешательства, альтернативных видах и
методах лечения и о наличии показаний к их проведению;

- о прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности приема(применения) в
дальнейшем тех или иных лекарственных препаратов.

2.3. О рекомендациях в послеоперационный период и требованиях по их обязательному соблюдению с моей
стороны.

2.4. Мне отдельно разъяснено, что проведение данного вмешательства в условиях ухудшения
эпидемиологической обстановки на момент оказания услуги по договору представляет риск неблагоприятного
исхода. Подписью настоящего договора я подтверждаю, что желаю провести операцию, не дожидаясь
окончания неблагоприятной эпидемиологической обстановки, и беру на себя всю ответственность за данное
решение.

3. Я в полной мере понимаю и оцениваю необходимость проведения, указанного выше медицинского
вмешательства и предупрежден(-а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими
особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения
применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью).

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от процедуры до момента начала её проведения.

5. Мне в достаточной мере было предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного
решения по вопросу проведения оперативного(медицинского) вмешательства.

6. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы
от лечащего врача.

7. Получив от лечащего врача полную и исчерпывающую информацию об оперативном(медицинском) вмешательстве, возможных последствиях и осложнениях в связи с ним, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно заявляю и принимаю решение о проведении оперативного (медицинского вмешательства). Я осознаю, что проводимая процедура не гарантирует достижения 100 % (сто процентного) ожидаемого мной результата. Что вопрос об оценке результата является субъективным и всегда относительным. Для объективной оценки требуется экспертная комиссия специалистов данного профиля, имеющая соответствующие полномочия. Я понимаю и соглашаюсь, что несмотря на то, что врач согласовал со мной все детали предстоящей операции, конечный результат может визуально отличаться от моих ожиданий и субъективная эстетическая оценка не может быть основанием для претензий.

8. В случае возникновения необходимости в проведении дополнительных вмешательств, добровольно даю согласие на их проведение, в том числе хирургических манипуляций и операций.

Мне разъяснено, что в случаях, когда мое состояние не позволит мне выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в т. ч. о дополнительном вмешательстве, в моих интересах решает консилиум, а при невозможности получения решения консилиума – непосредственно оперирующий и/или дежурный врач с последующим уведомлением должностных лиц медицинского центра ООО «Селин Фармацевтик», а при необходимости – законных представителей.

9. Не возражаю против записи оперативного (медицинского) вмешательства на информационные носители, демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны, а также фотосъемки в до - и послеоперационный период для надлежащего оформления медицинской документации.

10. Я обязуюсь:

- соблюдать рекомендации лечащего врача, в том числе указанные в выписном эпикризе;
- немедленно информировать медицинский персонал ООО «Селин Фармацевтик» в случае возникновения любых отклонений от обычного послеоперационного течения (кровоточивость, чувство распирания, нарастающая болезненность в послеоперационной зоне, изменение общего самочувствия)
- соблюдать режим пребывания в стационаре;

11. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам:

Ф.И.О. Пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента:  _____

Дата: 02.07.2025

Я подтверждаю, что в полном объеме разъяснил пациенту суть, ход выполнения оперативного (медицинского) вмешательства его результаты и возможные негативные последствия, требования и рекомендации для пациента, а также ответил на все заданные вопросы.

Врач: ADMIN/_____/

(Ф.И.О.)

(подпись)

Дата: 02.07.2025

В случае если пациент отказался от проведения процедуры до начала её проведения, стоимость процедуры подлежит возврату в порядке предусмотренном законодательством РФ, за вычетом затрат и расходов понесенных Клиникой в связи с запланированным оперативным вмешательством.

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

г. Москва

02.07.2025

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения
зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы
мкр.), д. 5, кв. 123

находясь на лечении/ обследовании (ненужное зачеркнуть), в отделении

ХИРУРГИИ

(название отделения, номер палаты)

медицинского центра Общества с ограниченной ответственностью «Селин Фармацевтик» и в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по собственной воле, а не под влиянием обмана, стечения тяжелых обстоятельств, угроз, насилия осознанно и самостоятельно обращаюсь с заявлением о проведении мне операции, которая сопровождается необходимостью применения анестезиологического пособия

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
 - Я информирован (-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;
 - Я предупрежден (-а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;
 - Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;
 - Содержание и результат анестезиологического пособия, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов мне полностью объяснены, и я их полностью понял(-а).
 - Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях метода, которые не зависят от качества, оказываемых мне медицинских услуг:
 - возможность изменения тактики и метода обезболивания при изменении моего состояния и/или течения операции;
 - возможность развития аллергических реакций на применяемые препараты;
 - возможность введения, в случае необходимости, дополнительных средств мониторинга: центральных катетеров, мочевого катетера, термодатчиков и др.;
 - сонливость и нарушение концентрации внимания, тошнота и рвота, головная боль, боль в области операционного вмешательства в послеоперационном периоде;
 - временная проходящая частичная потеря голоса при интубационном наркозе;
 - временная проходящая частичная или полная потеря подвижности конечностей при эпидуральной или спинальной анестезии;
 - несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую анестезиологическим персоналом, с целью свести риск их появления к минимуму, вовремя и после операции возможно развитие общехирургических осложнений (кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, а также специфических осложнений, характерных для данного вида анестезиологического пособия.
- В редких случаях для ликвидации осложнений может потребоваться операция.
- Я предупрежден(-а) о том, что нарушение рекомендаций анестезиолога ставит под сомнение получение

запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия. А именно:

- прекращение приема твердой пищи за 6-8 часов, жидкой за 4 часа, воды за 2 часа до предполагаемого времени наркоза. Исключение составляют случаи приема ограниченного количества воды для приема лекарств или случаи, особо обговоренные с анестезиологом;

- прекращение приема препаратов, влияющих на свертываемость крови за 7-10 дней до запланированного результата лечения и проведения анестезиологического пособия.

• Мне разъяснено, и я понимаю необходимость нахождения в стационаре клиники в течение всего рекомендуемого времени.

• Я информирован(-а) о том, что мне не рекомендовано управлять транспортным средством в течение 48 часов после операции.

• Я информирован(-а) о том, что нарушение мной этих рекомендаций может негативно сказаться на результате лечения и моем самочувствии.

• Я подтверждаю, что врач и персонал приложили все усилия, чтобы разъяснить все особенности проводимого лечения и его особенностей.

• Я удостоверяю, что ознакомилась(-ся) с приведенной выше информацией, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют и, что я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на проведение анестезиологического пособия.

О последствиях

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован(на) врачом анестезиологом/ анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога/ анестезиолога-реаниматолога)

• Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, гражданам:

Дата: 02.07.2025

ФИО пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: ✓ _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту(ке) суть и возможные последствия процедур и манипуляций, о чем пациент(ка) расписался(ась) в моем присутствии.

Врач: _____
(подпись)

_____ (должность, И.О.Фамилия)

Примечание:

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог и/или анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Подпись пациента: ✓ _____

Подпись врача: _____
(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /
Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /
Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

Информированное добровольное согласие на переливание донорской крови и её компонентов

г. Москва

02.07.2025

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения

зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123

получая платную медицинскую услугу по оперативному вмешательству в стационарном отделении Общества с ограниченной ответственностью «Селин Фармацевтик», далее - Клиника, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ст.14 Федерального закона от 20.07.2012 N 125-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "О донорстве крови и ее компонентов" по собственной воле, осознанно и самостоятельно обращаюсь с заявлением о проведении мне по жизненным показаниям гемотрансфузии (переливание крови или её компонентов) в любом необходимом по назначению моего лечащего врача количестве, возможно с привлечением по договору третьих лиц, ответственность за действия которых в полном объеме несет Клиника.

Настоящим я доверяю

врачу-специалисту _____,

(Фамилия, Имя, Отчество врача)

именуемому в дальнейшем – Врач, и его коллегам в случае необходимости выполнять все необходимые мне медицинские вмешательства и манипуляции (обеспечение венозного доступа, введение компонентов донорской крови, лекарственных средств и инфузионных растворов в любом необходимом количестве)

Я подтверждаю, что получил(-а) разъяснения по проведению переливания крови и/или ее компонентов.

- Я информирован(-а) о целях, характере, особенностях и методах оказания данного вида медицинского вмешательства и риском осложнений трансфузии: возможном развитии неприятных болевых ощущений при обеспечении венозного доступа; инфекционной опасности (передача гемотрансмиссивных инфекций: ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, и др.); тромбозе, эмболии; развитие воспалительных или аллергических реакций (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок); осложнений, связанных с несовместимостью переливаемых компонентов донорской крови (острый гемолиз, отек легких, острая легочная недостаточность, острая почечная недостаточность, реакция реципиента «трансплантат против хозяина» и др.). В случае возникновения реакций и осложнений мне будет оказана необходимая медицинская помощь.

- Я ознакомлен(а) и согласен(на) с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных компонентов донорской крови, требующего коррекции тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов, инфузионных растворов и других методов лечения, которые могут быть назначены моим лечащим врачом или врачами-консультантами.

- Мне сообщено, что компоненты донорской крови исследуют с помощью сертифицированных тест-систем на группу крови по системе АВ0, резус-фактор, фенотип антигенов эритроцитов, антиген К системы Келл, аллоимунные антитела, на антитела к вирусу гепатита С и В (HBsAg, анти-HBc), антитела к вирусам иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2), антитела к возбудителю сифилиса, наличие нуклеиновых кислот (РНК, ДНК) вирусов иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

- Мне объяснено, что перед трансфузией (переливанием) будет определена группа моей крови по системе АВ0 и резус-фактор с использованием зарегистрированных в Российской Федерации технологий, а также будут проведены все необходимые пробы на совместимость по групповой и резус-принадлежности реципиентной и донорской крови.

- Мне объяснено, что во время проведения трансфузии с целью профилактики вышеизложенных осложнений, будет проводиться постоянный мониторинг витальных функций (ЧД, ЧСС, А/Д, SpO2, диурез), а при необходимости лабораторный контроль.

- Мне разъяснено, что в случае развития какого-либо из перечисленных осложнений, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, я доверяю Врачу и его коллегам принять

соответствующее профессиональное решение и выполнить действия, которые Врач сочтет необходимыми для устранения возможных осложнений в интересах моего здоровья. • Я извещен(-а) о возможности отказа от данного вида медицинского вмешательства и о вероятном течении заболевания, возможном ухудшении состояния моего здоровья при отказе от проведения переливания крови и/или ее компонентов, вплоть до летального исхода.

- Я получил(-а) информацию об альтернативных методах лечения и об их стоимости.

- Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и предстоящего лечения и получил(-а) на них исчерпывающие ответы.
- Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.
- Я подтверждаю, что все сведения, которые сообщил(-а) лечащему врачу о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, являются точными и верными.
- Я прочитал(-а) и понял(-а) все вышеизложенное и выражаю свое согласие на оказание мне данного вида медицинских услуг в случае необходимости.
- **Я добровольно даю согласие, при наличии медицинских показаний, на проведение гемотрансфузии (переливание крови и её компонентов) в период оперативного медицинского вмешательства и/или стационарного лечения в сроки, количестве и объеме, определяемых лечащим врачом.**
- Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства - трансфузию (переливание) компонентов донорской крови.
- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) пациента, контактный телефон)

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: ✓ _____

02.07.2025

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (пациентке) суть и возможные последствия процедур и манипуляций, о чем пациент (пациентка) расписался (расписалась) в моем присутствии.

Врач: _____
(подпись) ADMIN.

(должность, И.О. Фамилия)

Примечание:

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о переливании крови при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач анестезиолог и/или анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Ф.И.О. пациента: Тест Арнольд Петрович

Подпись пациента: ✓ _____

02.07.2025

Расписался в моем присутствии: _____

Врач: _____
(подпись) ADMIN.

(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /
Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /
Должность, Ф.И.О. и подпись _____ / _____ /

персональных данных полностью)

СОГЛАСИЕ на использование изображения гражданина

Я, Тест Арнольд Петрович, 20.05.1964 г. рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123, именуемый(-ая) далее «Гражданин», руководствуясь ст.152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации (охрана изображения гражданина) и ст. 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (соблюдение врачебной тайны), даю согласие на использование своих изображений Обществу с ограниченной ответственностью ООО «Селин Фармацевтик» (ИНН 7702394380), место нахождения юридического лица: 129090, г. Москва, Протопоповский переулок, дом 19, стр.13, кабинет 3, именуемому далее "Правообладатель", в рекламной кампании ООО «Селин Фармацевтик». Настоящее Согласие предоставляется на все виды изображения Гражданина, включая, но не ограничиваясь тело или его часть, фото всего лица или его часть, полученные в процессе фотосъемки (видеосъемки) как во время прохождения лечения, так и для рекламной кампании.

Изображения Гражданина могут быть использованы в следующих рекламных материалах, включая, но не ограничиваясь:

- наружная реклама;
- реклама внутри зданий, помещений, сооружений различных типов и форматов;
- реклама в прессе;
- полиграфическая продукция рекламных изданий (листовок, каталогов);
- публикации в научных журналах или иных источниках), во всех периодических и непериодических изданиях как иллюстрации к статьям;
- реклама в сети «Интернет», в том числе реклама в социальных сетях.
- презентационные материалы ООО «Селин Фармацевтик».

Я подтверждаю, что не имею каких-либо требований имущественного характера к Правообладателю в связи с предоставлением настоящего согласия.

Я осознаю и даю согласие на тот факт, что в процессе размещения моих фотоснимков, может быть разглашена информация о факте моего обращения в ООО «Селин Фармацевтик».

Правообладатель имеет право самостоятельно определять сюжет съемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста изображения.

Правообладатель имеет право обнародовать и в дальнейшем использовать изображения полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, сдавать в прокат оригиналы или экземпляры изображений, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения.

Правообладатель имеет право самостоятельно определять выбор отснятых изображений, размер изображений, географию и продолжительность использования, способы редактирования.

Правообладатель вправе передавать указанные права на изображения любым третьим лицам в целях, связанным с проведением рекламной кампании ООО «Селин Фармацевтик».

Правообладатель обязуется не использовать изображение Гражданина способами, порочащими его (ее) честь, достоинство и деловую репутацию.

Изображения могут быть использованы ООО «Селин Фармацевтик» до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

Порядок отзыва настоящего согласия: по личному заявлению гражданина.

02.07.2025

✓

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента
персональных данных полностью)

Анкета пациента ООО «Селин Фармацевтик»

Уважаемый Пациент!

На процесс лечения может оказать влияние Ваша медицинская история, поэтому до приема необходимо тщательно заполнить специальную анкету Пациента.

Данные анкеты **строго конфиденциальны**. Если при ее заполнении у Вас возникли вопросы, Вы можете обратиться за помощью к врачу или его ассистенту.

ФИО Пациента: _____

Дата рождения: _____ Возраст: _____ Пол: _____ Рост: _____ Вес: _____

Род занятий: _____

Домашний телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Планируемое хирургическое вмешательство: _____

Лечащий врач: _____

Если Вы отвечаете на вопрос утвердительно, ответ необходимо пояснить.

Имеете ли Вы:

Зубные протезы: ☐ Да ☐ Нет _____

Плохо зафиксированные зубы: ☐ Да ☐ Нет _____

Аллергии (пищевые, на медикаменты и т. д.): ☐ Да ☐ Нет _____

Есть ли аллергии у близких родственников? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли у Вас аллергические реакции во время анестезии? ☐ Да ☐ Нет _____

Делали ли Вам ранее общую анестезию? ☐ Да ☐ Нет _____

Нормально ли Вы просыпались после анестезии? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли у Вас осложнения (флебит, эмболия, кровотечение и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет _____

Говорил ли Ваш анестезиолог о каких-либо особенностях во время анестезии? ☐ Да ☐ Нет _____

Переносили ли Вы местную анестезию (при лечении зубов, носа и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать, были ли какие-либо особенности? _____

Известны ли Вам случаи каких-либо происшествий во время анестезии в Вашей семье? ☐ Да ☐ Нет

Была ли у Вас тромбоэмболия легочной артерии? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли случаи флебитов или тромбоэмболии легочной артерии в Вашей семье? ☐ Да ☐ Нет

Курите ли Вы? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать как долго и сколько сигарет в день: _____

Употребляете ли Вы алкоголь? ☐ Да ☐ Нет _____

Если «Да», то указать, были ли какие-либо особенности _____

Есть ли у Вас заболевания печени? ☐ Да ☐ Нет _____

Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта? ☐ Да ☐ Нет

Были ли у Вас неврологические или нервно-моторные нарушения (воспаление седалищного нерва, параличи и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет _____

Использовали ли Вы глазные капли (от глаукомы и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Были ли у Вас травмы глаз? ☐ Да ☐ Нет _____

Носите ли Вы:

Контактные линзы? ☐ Да ☐ Нет _____

Слуховой протез? ☐ Да ☐ Нет _____

Страдали ли Вы заболеваниями почек, простаты? ☐ Да ☐ Нет _____

Почечной недостаточностью? ☐ Да ☐ Нет _____

Инфекцией мочевыводящих путей? ☐ Да ☐ Нет _____

Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы? ☐ Да ☐ Нет _____

Вопросы для женщин:

Есть ли у Вас дети? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать количество: _____

Были ли у Вас выкидыши? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», то указать количество: _____

Страдали ли Вы гипертонией беременных? ☐ Да ☐ Нет

Принимаете ли Вы оральные контрацептивы ☐ Да ☐ Нет _____

Стоит ли у Вас внутриматочная спираль? ☐ Да ☐ Нет

Беременны ли Вы? ☐ Да ☐ Нет _____

Какие хирургические вмешательства Вам уже пришлось перенести? _____

Были ли у вас раньше случаи госпитализации? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», указать причину и обстоятельства _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу:

Диабета? ☐ Да ☐ Нет

Глаукомы? ☐ Да ☐ Нет

Повышенного артериального давления? ☐ Да ☐ Нет

Других заболеваний? ☐ Да ☐ Нет _____

Принимали ли Вы какие-либо медикаменты последние 2 недели ☐ Да ☐ Нет

если «да», заполните, пожалуйста, таблицу ниже:

Название препарата:				
Утро				
День				
Вечер				

Принимаете ли Вы какие-либо препараты постоянно (Антитромботики: Синтром, Аспирин, Плавикс, Ксарелто, Варфарин и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Если «Да», заполните, пожалуйста, таблицу ниже:

Название препарата:				
Утро				
День				
Вечер				

Страдаете ли Вы психологическими или психиатрическими расстройствами? ☐ Да ☐ Нет

Страдаете ли Вы мигренями? ☐ Да ☐ Нет _____

Страдаете ли Вы приступами тетании или спазмофилии? ☐ Да ☐ Нет _____

Принимаете ли Вы антиконвульсивные средства (при приступах эпилепсии)? ☐ Да ☐ Нет _____

Бывают ли у Вас случаи внезапной потери сознания? ☐ Да ☐ Нет _____

Были ли у Вас переливания крови? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать, были ли при этом осложнения: _____

Имеются ли у Вас аномалии свертываемости крови (антитромбин 3, протени С, протени S и т. д.)?
☐ Да ☐ Нет _____

Страдаете ли Вы заболеваниями крови (анемией и т. д.) или кровотечениями? ☐ Да ☐ Нет _____

Легко ли у Вас появляются синяки, имеется тенденция к носовым кровотечениям? ☐ Да ☐ Нет _____

Консультировались ли Вы недавно у кардиолога? ☐ Да ☐ Нет _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу:
Артериальной гипертонии? ☐ Да ☐ Нет _____
Артериита? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать как долго: _____

Были ли у Вас случаи:
Стенокардий? ☐ Да ☐ Нет _____
Инфаркт миокарда? ☐ Да ☐ Нет
Если «да», указать дату: _____
Отека легкого? ☐ Да ☐ Нет
Развития сердечной недостаточности? ☐ Да ☐ Нет
Если «да», указать дату: _____

Являетесь ли Вы носителем аномалий строения сердечных клапанов? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать вид аномалии, проводилась ли операция на сердце и какая: _____

Были ли у Вас ранее проблемы с сердечным ритмом (сердцебиение и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать дату: _____

Стоит ли у Вас кардиостимулятор или водитель ритма? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать дату установки: _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу заболеваний легких? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать как долго: _____

Страдаете ли Вы хроническим бронхитом? ☐ Да ☐ Нет _____

Болели ли Вы туберкулезом? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать когда _____

Наблюдаетесь ли Вы по поводу бронхиальной астмы? ☐ Да ☐ Нет
Если «Да», указать даты первого и последнего приступа: _____

Какое бы ни было хирургическое вмешательство, перед приходом в клинику обычные гигиенические процедуры должны быть проведены особенно тщательно: накануне необходимо мытье головы с шампунем, прием ванны или очень тщательный туалет.
В день операции макияж, лак для ногтей (по возможности) и украшения должны быть сняты.
Принесите с собой всю документацию относительно состояния Вашего здоровья: недавнюю флюорографию (сделанную в течение последнего года), ЭКГ, УЗИ сердца, старые и новые доплеры, анализы крови за последние шесть месяцев, группу крови.
В соответствии с процедурами, практикуемыми на территории Российской Федерации, в Ваших интересах и в интересах наблюдающего Вас персонала, в предоперационные анализы включены тесты на ВИЧ и гепатиты.

Дата: 02.07.2025

Подпись: ✓ _____