

**Информированное добровольное согласие на применение седации
(закись азота, севоран)
при проведении стоматологического лечения**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____ (Фамилия, имя, отчество пациента)
проинформирован(а) о состоянии здоровья и поставленном диагнозе

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу лечения заболевания и Предварительного плана лечения.

Мне пояснили, что методы медицинской седации являются хорошо изученными, безопасными и часто применяемыми в стоматологической практике процедурами. Седация – это медикаментозное приведение пациента в состоянии поверхностного сна при стоматологическом лечении. При этом происходит минимальное торможение сознания пациента, не утрачивается способность выполнять указания и команды стоматолога и сохраняется самостоятельное дыхание на протяжении всей процедуры.

Проведение лечения с применением седации является более комфортной процедурой, чем обычное стоматологическое лечение с применением местной анестезии. Поскольку седация не всегда угнетает сознание, для полного обезболивания необходимо выполнить также местную анестезию.

Седация проводится в виде вдыхания смеси кислорода со специальным медицинским препаратом (закись азота или севоран). Седация обеспечивает пациенту не только успокоение и расслабление, но и значительное снижение болевых ощущений, подавление рвотного рефлекса.

Для седации также может использоваться внутривенное введение препарата Пропофол.

Я понимаю, что выбор препаратов и методики проведения седации остается за врачом-анестезиологом, и что по ходу седации может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

Меня информировали о том, что перед седацией нельзя принимать пищу и пить за 4 часа до назначенного времени.

Мне разъяснена необходимость возможного (но не обязательного) применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций совместно с медицинской седацией. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне объяснили, что для профилактики послеоперационных болей и осложнений мне могут вводиться обезболивающие препараты, гормональные препараты, нестероидные противовоспалительные средства.

Перечень лекарственных препаратов, которые врач-анестезиолог предполагает использовать в процессе проведения обезболивания, до и после него:

Мне разъяснено, что применение любого вида анестезии и введение любых лекарственных препаратов может привести к местным и общим аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты и их компоненты, анафилактическому шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области

инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся заболеваниях. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе, аллергии и состояний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

" ____ " _____ 20__ г.
(дата оформления)

Образец