Общество с ограниченной ответственностью

“Точная стоматология”

ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1, офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
местное обезболивание стоматологического лечения

г. Краснодар _____2023г.

Я,_____
(Ф.И.О -полностью, контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____
(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства **мне\лицу,** интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) **проведение местное обезболивание стоматологического лечения**, а именно на проведение: местной анестезии и/или аппликационной анестезии, и/или инфильтрационной анестезии, и/или проводниковой анестезии, и/или сочетанной анестезии, и т.д. (далее - местная анестезия\обезболивание)_____(указать препарат, дозировку, иное)

Медицинский работник_____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

мне разъяснены цели, методы оказания услуги, связанный с ними риск, ее последствия, в том числе вероятность развития осложнений, варианты медицинского вмешательства, предполагаемые результаты оказания услуги.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемой местной анестезией и, в соответствии со своей волей, мог (-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение местной анестезии.

Я, информирован (-а) о том, что пунктом 4 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и/или медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами.

Я информирован (-а) о том, что в соответствии с пунктом 23 «Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 г. № 92н, в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Я информирован (-а) о том, что согласно пункту 16 «Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 г. № 910 н, в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Мне разъяснено, что стоматологическое лечение зачастую бывает чрезвычайно болезненным и нуждается в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и последствиями отказа от неё могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. При попытке врача выполнить определенные виды стоматологического лечения без применения местной анестезии возможны: ранение пациента острыми инструментами, потеря сознания, болевой шок. Могут возникнуть или обостриться заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы.

Я проинформирован(а) о том, что в зависимости от объема необходимого лечения врач-стоматолог выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Таковыми видами являются:

Аппликационная анестезия- это поверхностное обезболивание. Оно применяется при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов, а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяется анестетики в виде спрея, мази или геля.

Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций(уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на:

•*Инфильтрационная* анестезия. Самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности, всем известная так называемая «заморозка» Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных стоматологических манипуляциях.

•*Проводниковая* анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводят к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

•*Интралигаментарная или внутрисвязочная* анестезия-способ местной анестезии, который состоит во введении местно анестезирующего раствора в периодонтальное пространство. Обезболивающее средство инъецируется под более высоким давлением, чем при обычной анестезии. Поэтому интралигаментарную анестезию безопаснее и легче проводить специальными инъекторами, которые за счет редуктора увеличивают мышечную силу руки врача-стоматолога и позволяют развивать сильное давление.

•*Стволовая анестезия*. Стволовая анестезия проводится у основания черепа для блокады ветвей тройничного нерва. Этот вид анестезии используется в стационаре при оперативных вмешательствах, при тяжелом болевом синдроме, невралгии, травмах.

Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения или выполнение лечения без обезболивания. Я информирован (-а) о том, п**оследствиями отказа от предложенной мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, местной анестезии могут быть: появление болевого синдрома разной выраженности, интенсивности и продолжительности при инвазивных медицинских вмешательствах стоматологического профиля; развитие кровотечения(-ий); ухудшение**

Пациент (Представитель)_____

визуализации операционного поля; увеличение продолжительности стоматологического (-их) медицинского (-их) вмешательства/вмешательств; снижение качества стоматологического лечения; а также появление негативных психоэмоциональных последствий, связанных со стоматологическим лечением и т.д. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и ДОЛЖЕН отказаться от выполнения многих стоматологических манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою безопасность.

Осложнениями местной анестезии могут явиться: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Эффект обезболивания бывает затруднен в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ или при выраженном эмоциональном стрессе, Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на аллергическую реакцию.

Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне и мающиеся у меня (представляемого) болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего (представляемого) здоровья. Я понимаю и принимаю то, что при проведении местной инъекционной анестезии положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использованием только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я информирован (-а) об противопоказаниях к проведению местной анестезии: известная аллергия и/или повышенная чувствительность к местным анестетикам; В12-дефицитная анемия; пароксизмальная желудочковая тахикардия или мерцательная аритмия, метгемоглобинемия, закрытоугольная глаукома; дефицит холинэстеразы, почечная недостаточность; артериальная гипертензия; недавно перенесенный инфаркт миокарда (до 6-ти месяцев); недавно перенесенное аорто-коронарное шунтирование (до 3-х месяцев); детский возраст до 4-х лет и/или массой тела меньше 20 кг., тяжелая бронхиальная **астма, беременность и кормление грудью**

Я информирован (-а) о том, что проведение местной анестезии в отношении Пациентов, имеющих отягощённый аллергологический анамнез, а именно Пациентов, имеющих в анамнезе аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальную астму, атопический дерматит, лекарственную аллергию, аллергические реакции на ужаление перепончатокрылых насекомых, аллергические реакции после употребления красного вина и прочие пищевые аллергии, и т.д.) возможно только после планового обследования врачом аллергологом-иммунологом.

Со своей стороны, я высказал (-а) все жалобы, проинформировал (-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой местной анестезии. Я предупрежден (-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при местной анестезии в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил (-а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья.

Я информирован (-а) о возможных рисках и осложнениях местной анестезии, а именно о том, что в 20% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой местной анестезией), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным.

Я информирован (-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях местной анестезии:

- □ анафилактический шок, гиперчувствительность I типа;
- □ беспокойство и тревожность;
- □ головная боль, парестезии, головокружение, гипестезия, дисгевзия, периферическая нейропатия, сонливость, обморок судороги угнетение сознания, потеря сознания, агевзия, большие судорожные припадки, гипергевзия, гипестезия лица, гипотонус' паралич VI черепного нерва, паралич IV черепного нерва, предобморочное состояние, тремор, сенсорное растройство;
- □ блефароспазм, диплопия, снижение остроты зрения;
- □ боль в ухе, звон в ушах;
- □ сердцебиение, тахикардия, аритмия, брадикардия, остановка сердца и дыхания; кровотечение, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия;
- □ отек слизистой околоносовых пазух, апноэ, дисфония, диспноэ, отек гортани, отек глотки, отек легких;
- □ гингивит в язвенной форме), диарея, боли в животе, хейлит, запор, сухость во *рту,* диспепсия, тошнота/рвота гиперсаливация, повышенная чувствительность зуба (-ов), гипестезия полости рта, отек тканей полости рта, парестезии полости рта;
- □ гипергидроз, кожный зуд, сыпь, ангионевротический отек, крапивница, эритема;
- □ боль в спине, мышечная скованность, тризм, остеонекроз, отек тканей лица; отечность, боль, гематома, некроз тканей и воспаление в месте введения местного анестетика;
- □ астения, озноб, утомляемость, недомогание, жажда, повышение температуры тела;
- □ боль во время проведения местной анестезии, повреждение тканей полости рта, повреждение нервов и кровеносных сосудов, повреждение V черепного нерва, неправильный путь введения местноанестезирующего средства, внутрисосудистое введение местноанестезирующего средства.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния, являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Также я предупрежден(а), что при **существенном изменении моего самочувствия или состояния** (выраженный болевой синдром, кровотечение 24 и более часов, приступ одышки, резкое падение артериального давления, приступ потери сознания, выраженное учащенное сердцебиение и т.д.), мне следует незамедлительно обратиться врачу, либо вызвать «скорую помощь», либо обратиться в иную медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше серьезных осложнений.

Я информирован (-а) о том, что острые нежелательные реакции, такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. угрожают жизни и здоровью и в обязательном порядке требуют оказания экстренной медицинской помощи.

Я даю информированное добровольное согласие на оказание мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, в случае их развития, в том объеме, который определит (-ят) медицинский (-ие) работник (-и).

Я информирован (-а) о том, что экстренная медицинская помощь при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, может включать в себя в том числе: установку венозного доступа и/или введение лекарственных препаратов, и/или проведение сердечно-легочной реанимации (дефибрилляция сердца, ИВЛ, непрямой массаж сердца, трахеотомия/трахеостомия/коникотомия/коникостомия, интубация трахеи, использование ларингеальной маски, использование

фаринготрахеальных и пищеводно-трахеальных воздуховодов и т.д.).

Я информирован (-а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях на проведение местной анестезии, угрожающих жизни и здоровью, в целях спасения жизни, может быть причинён обоснованный и непреднамеренный вред моему здоровью/здоровью лица, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован (-а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях на проведение местной анестезии, угрожающих жизни и здоровью, может потребоваться моя/лица, законным представителем которого я являюсь, медицинская эвакуация в специализированную медицинскую организацию.

Я информирован (-а) о том, что острые нежелательные реакции на проведение местной анестезии такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. могут потребовать длительного лечения и реабилитации в специализированной медицинской организации. Или могут привести к серьезным последствиям для моего/лица, законным представителем которого я являюсь, здоровья или даже к смерти.

Я информирован (-а) о необходимости следовать рекомендациям медицинского работника как при подготовке к проведению местной анестезии, так и в момент её выполнения, а также после выполненной местной анестезии.

Я информирован (-а) о том, что принимать пищу после выполненной местной можно только после прекращения действия местного анестетика и полного восстановления чувствительности.

Добровольно соглашаясь на проведение местной анестезии в отношении меня/лица, законным представителем которого я являюсь**, я подтверждаю то, что не располагаю достоверной информацией о наличии у меня/**лица, законным представителем которого я являюсь**, противопоказаний к проведению местной.**

Я информирован (-а) о том, что эффект от местной анестезии (результат, длительность, последствия и т.д.) во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

В случае проведения местной анестезии выбор анестезиологического пособия (анестетика определенного производителя/торгового наименования и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты и медицинские изделия, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой местной анестезии.

Я информирован (-а) о том, что местная анестезия является крайне серьёзным медицинским вмешательством и требует моего/лица, законным представителем которого я являюсь, нахождения под наблюдением в медицинской организации в течении 40 минут после проведения местной анестезии.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован (-а) о необходимости строго следовать всем рекомендациям медицинского работника.

Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи (медицинского (-их) вмешательства/вмешательств), а именно местной анестезии, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: безболезненное проведение инвазивных медицинских вмешательств стоматологического профиля, выраженный гемостаз улучшение визуализации операционного поля, а также предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствии, связанных со стоматологическим лечением и т.д.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах местной анестезии, а именно обратимой потери чувствительности за счет прекращения или уменьшения проведения сенсорных нервных импульсов вблизи места инъекции местного анестетика.

Мне объяснено, и я понял (-а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского (-их) вмешательства/вмешательств выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана диагностики/лечения/реабилитации, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен (-а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных, согласен (-а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных

Мне разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинскому (-им) вмешательству (-ам). Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенной местной анестезии, либо дать свое согласие.

Я подтверждаю, что внимательно прочел(ла) и понял(а) всю информацию о предстоящем мне медицинском вмешательстве, его целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение мне/лицу, интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» медицинского вмешательства - местное обезболивание стоматологического лечения

_____

(*указать область применения*)

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения, в спокойном состоянии, не под влиянием аффекта.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии **моего/лица,** интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) здоровья или состоянии

_____ **Лечащим врачом.**

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства

_____ _____ _____**(дата)**

(подпись) *(ФИО)*

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры дал ответы на все вопросы.

Медицинский работник: _____(должность)_____ ФИО_____(подпись)

Настоящий документ составлен в одном экземпляре и хранится в медицинской документации Пациента.

Пациент (Представитель)_____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство местное обезболивание стоматологического лечения

Лист подтверждения ознакомления с содержанием и выражения согласия с мед\вмешательством:

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О (полностью), должность и подпись медицинского работника Я свидетельствую, что разъяснил(а)пациенту суть, ход выполнения, риски альтернативу проведения предстоящего мед.вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы	Ф.И.О (полностью), и подпись пациента/законного представителя Я принимаю решение и выражаю свое согласие приступить к лечению на предложенных условиях

Пациент (Представитель)_____