**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие**

**(местное обезболивание) в ООО ЦЭМ «Консул СТ».**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я, {ФамилияИмяОтчество}

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*  Я, (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем *(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)* ребенка или лица, признанного недееспособным:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения* |

находясь на лечении в ООО ЦЭМ «Консул СТ», по моему добровольному желанию, прошу провести все

необходимые мероприятия и манипуляции, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества. Обезболивание действует местно, т.е. на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы. Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности.

Врач проинформировал меня о виде обезболивания и названии анестезирующего препарата:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Зубная формула | Поставлена анестезия (наименование) | Ф.И.О. и  подпись врача | Ознакомлен/  Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма.

Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов.

Альтернативным методом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии или проведение общего обезболивания (наркоз).

Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален.

Я проинформирован о том, что имеются противопоказания для детей до 4‑х лет, ввиду отсутствия достаточного клинического опыта.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии, включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травматизации нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта) и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, местном воспалительном процессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в. том числе аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии и пр.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

**Пациент (представитель пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчество}**

***(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)***

**Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} {ТекущаяДатаПолная} г.**

***(подпись) (фамилия, имя, отчество ВРАЧА)***

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты