

### **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, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента полностью)

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 безопасной и комфортной процедурой, чем обычное стоматологическое лечение с применением местной анестезии. Поскольку седация не 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.

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

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.

Мне разъяснена необходимость 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 (уколов) 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 разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора 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 у моего ребенка заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у ребенка болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв ни какой информации о состоянии здоровья своего ребенка.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения осложнений анестезии, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на использование седации и местной анестезии, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача) (Фамилия ИО врача)

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.