



117420, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел. +7 (495)223-54-05, 223-54-06

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю добровольное информированное согласие на предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **анестезиологическое обеспечение** с использованием следующих методик и манипуляций анестезиологического пособия:

(указать)

по поводу диагноза: \_\_\_\_\_  
(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Врач-анестезиолог тщательно побеседовал со мной, изучил анамнез, произвел обследование, назначил перечень необходимых анализов для проведения анестезиологического пособия.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, в т.ч. о возможных осложнениях, возникающих в ходе общей анестезии и в посленаркозном периоде: склонность к гипотензии, вегето-сосудистые нарушения, головокружение, тошнота, икота, кашель, гиперемия лица, тремор, рвота при попадании крови в желудок, различные аллергические проявления и др. При добавлении в ходе вмешательства местной инфильтрационной или проводниковой анестезии могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов.. Также для более ранней реадaptации пациента к внешней среде может понадобиться восстановительная и корригирующая терапия, которая соответственно может увеличить время анестезиологического пособия. Также возможно воспаление сосудистой стенки вены (флебит) после внутривенной инфузии лекарственных препаратов, болезненность в области нижнечелюстного сустава, подвывих его, боль в горле при глотании, кровотечение, различные аллергические реакции на используемые лекарственные препараты и т.д.

Я информирован(а) об особенностях течения общей анестезии и посленаркозного периода, возможности развития осложнений, 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.

Я проинформирован (а) о том, что точная продолжительность (объем) анестезиологического вмешательства не может быть определена заранее.

Я информирован(а) о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения анестезиологического вмешательства, необходимости обязательного сопровождения меня/пациента после разрешения врача-анестезиолога-реаниматолога покинуть лечебное учреждение. О возможных

осложнениях и своеобразных особенностях течения посленаркозного периода я обязан(а) проинформировать доктора, проводившего анестезиологическое пособие.

Я информирован(а) о том, что в определенные моменты анестезиологического обеспечения, я (представляемый), возможно, иногда буду(ет) находиться в частично сохраненном сознании, слышать и выполнять необходимые команды лечащего врача. Это крайне необходимо для лечения и способствует наиболее эффективному конечному результату стоматологического вмешательства. Я информирован(а) о том, что практическая анестезиология не является точной наукой, и не может быть дано никаких гарантий на результат лечения и исход анестезиологического пособия.

Я информирован(а) о том, что курение, прием алкоголя, наркотических, токсических и других сильнодействующих средств, в том числе анальгетиков, антидепрессантов, транквилизаторов и психостимуляторов накануне, а употребление пищи и воды – непосредственно за 6 и 3 часа соответственно перед анестезиологическим пособием могут серьезно повлиять на течение общей анестезии и привести к серьезным осложнениям. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям врача по поведению в послеоперационном периоде и на протяжении следующих суток после анестезиологического вмешательства, строго выполнять все предписания и назначения.

Я согласен (согласна) на вариант анестезиологического пособия и комплекс мер по необходимой восстановительной и корригирующей терапии, проведенной в течение вмешательства и посленаркозном периоде по выбору врача. Я обязуюсь исключить управление автомобилем и использование других опасных для жизни механизмов и аппаратов мною (представляемым) по меньшей мере в ближайшие 24 часа, исключить употребление алкоголя, сильнодействующих медикаментозных и других средств в течение 12 часов, отказаться курения, воздержаться от приема жидкости и пищи в течение 4-х часов, до полного восстановления состояния организма после проведения анестезиологического пособия.

Я информирован(а), что для проведения анестезии в большинстве случаев необходимо выполнить катетеризацию периферических вен.

Я информирован(а) о том, что результат медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу 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, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю, 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 персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Подпись лица, давшего согласие

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /.

Подпись врача:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /.