

**Добровольное информированное согласие на анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства**

Я, нижеподписавшийся(аяся), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка (до 18 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

стоматологического вмешательства с использованием следующих методик и манипуляций анестезиологического пособия:

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

Врач тщательно побеседовал со мной, изучил анамнез, обследовал меня, назначил перечень необходимых анализов для проведения анестезиологического пособия.

Я информирован(а) о риске анестезиологического пособия и 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. Точная продолжительность анестезиологического вмешательства не может быть определена. 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. Я информирован(а) о 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, возможно, иногда буду 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 4 часа 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 течении вмешательства и посленаркозном периоде по выбору лечащего врача. Я согласен (согласна) не управлять автомобилем и не работать с другими опасными для жизни механизмами и аппаратами, по меньшей мере, в ближайшие 24 часа, не употреблять алкоголь, сильнодействующие медикаментозные и другие средства в течение 12 часов, не курить, воздержаться от приема жидкости и пищи в течение 4-х часов, до полного восстановления моего состояния после проведения анестезиологического пособия.

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.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю врачу, 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 запланированного лечения. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все 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.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /