## Наша стоматологическая клиника «ООО ПрезиДЕНТ» строго руководствуется:

* *ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*
* *Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.*

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента*

Информированное добровольное согласие на местное обезболивание (анестезию)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ознакомлен(а) с информацией о предлагаемом мне способе обезболивания, чтобы либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

**Мне разъяснена суть анестезии, а именно:**

1)в ходе лечения будет применена местная анестезия, выбор которой проводит врач при моем согласии;

2)анестезия должна обезболить манипуляции в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества, подобранного врачом с учетом данных о моем общем здоровье и прежних обращений к стоматологам;

3)обезболивание действует на определенную зону полости рта – десну и зуб(ы);

4)местное обезболивание приводит к временной потере чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области;

5)длительность обезболивания может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма.

6) действие анестезии может быть затруднено (снижено) при индивидуальных особенностях организма, выраженном стрессе, после употребления алкоголя или наркотических веществ, а также при приеме некоторых медикаментозных препаратов.

**Мне сообщено следующее:**

1) в случае отказа от местного обезболивания, затрудняется (а порой невозможно) качественное выполнение стоматологических манипуляции из-за их болезненности, при этом порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален:

2) альтернативным методом местного обезболивания (анестезии) является лечение без анестезии или общее обезболивание (наркоз).

**Я информирован(а) о возможных в некоторых случаях осложнениях после анестезии в виде**: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травмирования нервных окончаний и сосудов в месте укола (изменение чувствительности, небольшие кровоизлияния), ограниченное открывание рта. Осложнения могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

**Я имел(а) возможность задать 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.

**Я принимаю решение проводить стоматологическое лечение на предложенных мне условиях.**

Примечание:

Пациент имеет право сам ознакомиться и подписать ИДС в возрасте 15 лет, до этого возраста ИДС подписывают его законные представители.

(Постановление Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», №1006 от 04.10.2012 г.).

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача……………..……….. подпись пациента…………………..….

Дата…………….. Ф.И.О. врача…………………….. подпись врача…………………..…. подпись пациента……………………...