

Г. Электросталь

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как местное обезболивание (анестезия), целью которого является безболезненное выполнение любой болезненной медицинской манипуляции.

Мне разъяснено врачом, что медицинские манипуляции, в особенности стоматологические манипуляции и лечение, зачастую бывают чрезвычайно болезненными и нуждаются в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Последствиями отказа от местной анестезии могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; усиление болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма. При выполнении врачом определенных видов медицинских манипуляций и лечения без применения местной анестезии возможны: ранение пациента острыми инструментами; потеря сознания; болевой шок; возникновение или обострение заболеваний сердечнососудистой и нервной системы.

Я проинформирован(а) врачом о том, что в зависимости от объема необходимого лечения врач выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Таковыми видами являются:

- аппликационная анестезия (поверхностное обезболивание), которая заключается в нанесении, закапывании, орошении специальных обезболивающих препаратов в виде спрея, мази или геля на кожные покровы и слизистые оболочки. Оно применяется в процедурах, для которых нет повышенных требований к обезболиванию (например, в стоматологии при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов), а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола;
- местная инъекционная анестезия, проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Процедура необходима для обеспечения непрерывного контроля над состоянием пациента, включая поддержание полноценного дыхания, кровообращения и других важнейших функций организма. Кроме того, процедура является профилактикой вероятных осложнений, их своевременным выявлением и сведением к минимуму их последствий. Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на:
 - инфильтрационная анестезия. Самый частый вид обезболивания, известный как «заморозка». Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика в кожу, подкожно, под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных манипуляциях;
 - проводниковая анестезия в стоматологии. При этом виде обезболивания препарат подводят к ветвям тройничного нерва, и обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах;
 - интралигаментарная или внутрисвязочная анестезия в стоматологии. Способ местной анестезии, который состоит в местном введении анестезирующего раствора в периодонтальное пространство. Обезболивающее средство инъецируется под более высоким давлением, чем при обычной анестезии, поэтому интралигаментарную анестезию безопаснее и легче проводить специальными инжекторами, которые за счет редуктора увеличивают мышечную силу руки врача и позволяют развивать сильное давление;
 - стволовая анестезия. Проводится у основания черепа для блокады ветвей тройничного нерва. Этот вид анестезии используется в стационаре при оперативных вмешательствах, при тяжелом болевом синдроме, невралгии, травмах.

Я информирован(а) врачом о том, что альтернативными методами лечения являются: отказ от лечения или выполнение лечения без обезболивания.

Я осознаю всю тяжесть последствий решения по отказу от анестезии.

Я осознаю, что врач может, а иногда и должен, отказаться от выполнения многих медицинских манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою безопасность.

Я проинформирован(а) врачом о противопоказаниях к проведению процедуры: аллергия на препараты для местной анестезии; гипертония. Иные противопоказания обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Я проинформирован(а) врачом о возможных побочных реакциях и осложнениях после процедуры: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты; обморок; коллапс; шок; травма нервных окончаний и сосудов; потеря чувствительности; невриты; невралгии; постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика и реакцией организма на него: учащение сердцебиения; повышение артериального давления; аллергический шок; обморок; коллапс. Введение раствора проводится при помощи иглы. Это травмирует мягкие ткани и может вызвать: образование внутреннего кровотечения и гематомы на протяжении нескольких дней или дольше; болевые ощущения во время и после процедуры; покраснение кожи; воспаление; отечность тканей в области инъекции; тризм (ограниченное открывание рта при стоматологическом лечении); онемение губы, языка, подбородка, щеки, зубов при стоматологическом лечении. Все эти реакции и осложнения могут сохраняться в течение нескольких дней и подлежат коррекции в реабилитационном периоде.

Я проинформирован(а) врачом об эффекте процедуры: в большинстве случаев результат процедуры оценивается от прекрасного до удовлетворительного, однако не существует гарантии получения продолжительного и успешного эффекта процедуры. Эффективность процедуры оценивается после ее проведения. Эффект обезболивания бывает затруднен: в области существующего воспаления; при стоматологическом лечении в области моляров нижней челюсти; после употребления алкогольных или наркотических веществ; при выраженном эмоциональном стрессе. Точная продолжительность действия анестезии не может быть определена.

Я проинформирован(а) врачом о рекомендациях до процедуры провести предварительные пробы на аллергическую реакцию несмотря на то, что современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планово.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней может спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) 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.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

(подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(Клиент К.К.)

(подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(Клиент К.К.)

(подпись)