

**Информированное добровольное согласие на применение седации (закись азота)
при проведении стоматологического лечения**

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Я, ФамилияИмяОтчествоПациента, ДатаРожденияПациента, настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как седация (закись азота), целью которого является бесстрессовое выполнение любой стоматологической манипуляции.

Я проинформирован(а) о том, что в случае необходимости и при наличии соответствующих показаний, таких как выраженный страх перед стоматологическим вмешательством, повышенный рвотный рефлекс, длительное лечение, травмирующие вмешательства (удаление, лечение кариеса, проведение местной анестезии) врач-стоматолог может применить с целью седации закись азота, при условии моего согласия на данную процедуру.

Мне пояснили, что методы медицинской седации являются хорошо изученными, безопасными и часто применяемыми в детской 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). 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 кормить и поить ребенка за 2-3 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.

Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения или выполнение лечения без применения седации. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения.

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

Осложнениями седации в исключительных случаях с малой степенью вероятности возникновения могут являться: наджелудочковые аритмии, брадикардия, развитие или усугубление сердечной недостаточности; диффузная гипоксия, постнаркозный делирий (ощущение тревоги, спутанность сознания, возбуждение, галлюцинации, нервозность, двигательное возбуждение); тошнота, рвота, сонливость; снижение АД, гипертермический криз.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у моего ребенка заболеваниях. Я подтверждаю, что в Медицинском Анамнезе назвал(а)

все известные имеющиеся у ребенка болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья своего ребенка.

Я понимаю и принимаю то, что при проведении седации положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение медицинского вмешательства специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) 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. Являясь законным представителем, я подтверждаю свое согласие на проведение представляемому седации врачом ООО «ПРОФИСТОМ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)