**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение стоматологического вмешательства**

Данное информированное согласие составлено в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» и Правилами о предоставлении медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП от 04.10.2012г.); со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, и, согласно ч.2 ст.20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в отношении лица, не достигшего возраста 15-ти лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей или иной законный представитель.

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

(Ф.И.О. полностью)

(являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения),

при проведении мне (представляемому) стоматологического лечения в ООО «Реферативная практика» даю свое согласие на медицинское вмешательство с использованием следующего анестезиологического обеспечения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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, головокружения, 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 реадаптации 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, кровотечении, различные аллергические реакции на используемые лекарственные препараты и тд.

Я информирован(а) об особенностях течения общей анестезии и посленаркозного периода, возможности развития осложнений. Я информирован(а) о необходимости обязательного сопровождения меня (представляемого) после разрешения врача-анестезиолога-реаниматолога покинуть клинику. О возможных осложнениях и своеобразных особенностях течения посленаркозного периода я обязан(а) проинформировать врача-анестезиолога-реаниматолога, проводившего анестезиологическое пособие.

Я информирована(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 течение 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 (представляемого) состояния после проведения анестезиологического пособия.

 Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего (представляемого) организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предполагаемой 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 (представляемого) физического и психического здоровья. 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 (согласна) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен (согласна) 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 и иллюстрации 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.

 Также я информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских учреждениях. Я информирован(а), что ООО «Реферативная практика» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

 Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом ход лечения и задать свои вопросы. Я в доступной для меня форме проинформирован(а) о возможных рисках и последствиях медицинского вмешательства, и согласен(а) с ними. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) анестезиологического пособия. Я подписываю настоящий документ будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения, обладая всей необходимой информацией для принятия решения.

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

**Пациент/законный представитель пациента**

**согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Пациент/законный представитель пациента

отказался от медицинского вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Беседу провел врач анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия И.О.)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.