**Информированное добровольное согласие на применение седации (закись азота)**

**при проведении стоматологического лечения**

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),

даю согласие на медицинское вмешательство - применение седации (закись азота) при проведении мне (представляемому) стоматологического лечения в ООО «Реферативная практика».

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Мне разъяснено, что закись азота - кислородная седация - контролируемая медикаментозная депрессия сознания, вызванная ингаляцией медицинского газа «Закись азота», с сохранением защитных рефлексов, самостоятельного эффективного дыхания и позволяющая сохранять ответ на физическую стимуляцию и вербальные команды, предназначенная обеспечить физический и психологический комфорт пациента. Седация закисью азота возможна только в сочетании с применением техники управления поведением. Закись азота - это бесцветный негорючий газ с приятным сладковатым запахом и привкусом, предназначенный для медицинского применения, не вызывает раздражения дыхательных путей, не является аллергеном. Малые концентрации закиси азота вызывают расслабление, ощущение комфорта, снижают уровень беспокойства и страха. По степени выраженности седативного эффекта различают:

- минимальная седация (анксиолизис) - пациент находится в состоянии бодрствования, контактирует с врачом, но познавательная функция и координация могут быть нарушены. Данный уровень соответствует Ramsay - II-III;

- умеренная седация - депрессия сознания, при которой пациент реагирует на словесный или легкий тактильный стимул, способны к сотрудничеству, не требуется поддержки проходимости дыхательных путей, адекватное спонтанное дыхание и функция сердечно-сосудистой системы сохранены. Данный уровень соответствует Ramsay - III-IV;

- глубокая седация - пациенты не могут быть легко пробуждены, но реагируют на повторный или болезненный стимул, может потребоваться поддержка проходимости дыхательных путей, спонтанное дыхание может быть нарушено вследствие причин, не связанных с проведением седации (например, острый респираторный дистресс-синдром), функция сердечно-сосудистой системы сохранена. Данный уровень соответствует Ramsay - V-IV.

Я ознакомлен(а) с показаниями к применению седации закисью азота: дентофобия (боязнь стоматологического лечения); психоэмоциональное напряжение; болевой синдром; повышенный риск вегетативных кризов (гипертонический криз, обморок, коллапс); повышенный рвотный рефлекс; гипертонус жевательных мышц.

Я ознакомлен(а) с противопоказаниями к применению седации закисью азота:

- нарушение носового дахания (простудные заболевания, острые респираторные вирусные инфекции, синусит, аденоидит, обострение аллергического ринита и другие воспалительные заболевания дыхательных путей);

- неспособность пациента коммуницировать с медицинским персоналом (в силу возраста или слпутствующих заболеваний);

- чрезмерно-выраженный страх и фобия у пациентов любого возраста;

- любые хронические заболевания в стадии обострения, в т.ч. обострение хронического отита;

- сопутствующая патология других систем и органов (сердечно-сосудистая патология, эпилепсия, черепно-мозговая травма и др.), необходима консультация специалиста по имеющемуся заболеванию;

- синдром мышечной дистрофии;

- выраженные явления гипоксии и нарушения диффузии газов в легких;

- мегалобластная анемия;

- беременность (первый триместр);

- хронический алкоголизм, наркомания, состояние алкогольного или наркотического опьянения;

- переполненный желудок.

Мне разъяснена цель проведения седации: снятие психоэмоционального напряжения, тревоги, страха, которое в большинстве случаев сопровождаются развитием гипералгезии тканей (обострением чувствительности), усилением вегетативных, психомоторных и психосоматических реакций; снижение неприятных ощущений при проведении местного обезболивания; усиление действия местной анестезии; увеличение объема оказываемой медицинской помощи в одно посещение пациента; повышение качества медицинской стоматологической манипуляции.

Я осведомлен(а) о порядке проведения седации:

1. Пациент удобно располагается в стоматологическом кресле в положении лежа.

2. На нос пациента надевается маска, через которую вначале подается 100% кислород с постепенным добавлением закиси азота. Седативное действие наступает в период 5-7 минут.

3. Начинается стоматологическое лечение, которое дополнительно сопровождается местной анестезией.

4. Во время проведения седации медицинский персонал следит за показателями пульсоксиметра, зафиксированного на пальце пациента.

5. По окончании стоматологического лечения врач прекращает подачу препарата и в течение 5-10 минут пациент дышит 100% кислородом.

6. Спустя 10-15 минут пациент может покинуть клинику не испытывая спутанности сознания.

Я предупрежден(а) о возможных рисках и осложнениях: редкие случаи слабо выраженного седативного эффекта (зависит от индивидуальных особенностей организма пациента); чувство тошноты (в редких случаях - рвота); головная боль; засыпание; гипоксия с повышением артериального давления; психомоторное возбуждение; на коже лица могут остаться следы от маски, которые проходят в течение 15-30 минут после ее снятия. Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Мне сообщено об альтернативных вариантах: отказ от проведения лечения; лечение под общим наркозом.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях проведения седации и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа медицинского вмешательства согласно поставленного мне (представляемому) диагноза.

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 в доступной для меня форме разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом ход лечения и задать свои вопросы. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому) седации закисью азота. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия И.О.)

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