

**Добровольное информированное согласие пациента  
на местную анестезию**

Пациент \_\_\_\_\_

(Ф. И. О.)

Диагноз при обращении (стоматологический) \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Предлагаемый план лечения \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_  
информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.

Диагноз: \_\_\_\_\_

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. 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 варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев виды медицинских вмешательств без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, не-  
прямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактерио-  
логические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мо-  
ниторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы,  
спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефало-  
графия, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше  
15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследова-  
ния.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,  
внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

## Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое лечение

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент \_\_\_\_\_

Доктор \_\_\_\_\_

Настоящим я подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте.

Мне составлена смета на стоматологическое лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка. Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения, мне это понятно, и я с этим согласен. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от лечения, например, протезирования, может изменяться.

Я проинформирован, что в случае изменения плана лечения возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, и пользования аппаратами.

Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения (включая имплантацию, лечение каналов, исправление прикуса и т. д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов и ухода, если они будут сделаны для моего блага.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## Информированное добровольное согласие на гигиеническую чистку зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен(согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

\_\_\_\_\_  
(Ф. и. о.)

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры.

Целью гигиенической чистки зубов является снятие мелкого инфицированного зубного налета и минерализованных зубных отложений с поверхности зубов.

Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей) - стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы.

Я информирован(а):

- о необходимости и частоте проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом;
- о допустимости коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий;
- о возможных альтернативных вариантах лечения;
- о возможности в результате проведения гигиенической чистки осветления только до натурального цвета, так как эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии: пищевой, бытовой, к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я понимаю, что исполнитель не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал (а) свое согласие на процедуру.

Я проинформирован(а):

- о возможных негативных последствиях частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены полости рта, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета;

- о возможных осложнениях на этапах и после лечения, а именно:

- в процессе лечения - дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней, выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, эмфизема мягких тканей;

- после лечения - повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях, а именно невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;

- стоимость процедур.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач. Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

*Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. полностью)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. врача)