ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие на проведение седации с сохраненным сознанием

Приложение к Договору № _____ от _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем 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. пациента, число, месяц, год рождения)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач Гусев А.В.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящей процедуре:

1. О сути метода седации. Седация – состояние, вызванное лекарственными препаратами, позволяющее пациентам избегать дискомфортных ощущений при проведении тех или иных болезненных манипуляций и процедур на фоне стабильных показателей гемодинамики и дыхания, с сохранением способности адекватно реагировать на словесные команды или тактильную стимуляцию.

2. О возможности изменения тактики и метода седации при изменении состояния пациента и/или хода операции, а также использования дополнительных средств мониторинга.

3. О необходимости точно соблюдать дооперационные назначения и рекомендации врача-анестезиолога, поскольку их невыполнение может стать причиной развития местных и/или общих осложнений во время проведения седации.

Перед седацией необходимо:

- снять зубные протезы, контактные линзы, кольца, серьги, пирсинг, очки и часы, передав все снятое доверенному лицу;
- удалить губную помаду, косметику, тушь для ресниц;
- не принимать пищу за 6 часов перед седацией;
- не пить любую жидкость за 3 часа перед седацией;
- не употреблять алкоголь за 1 неделю до седации.

Особенности периода после седации (в течение нескольких часов):

- преходящая сонливость и нарушение внимания;
- головная боль и головокружение;
- болезненные ощущения в области операционного вмешательства в послеоперационном периоде;
- изменение настроения (замкнутость, расторможенность).

Возможные осложнения после седации:

Применение любой анестезии связано с риском осложнений, которые могут быть обусловлены состоянием здоровья пациента, а также невыявленными заболеваниями. Несмотря на всестороннюю профилактику осложнений, осуществляемую персоналом с целью свести риск их появления к минимуму, во время и после седации возможно развитие:

- аллергических реакций на применяемые препараты;
- общехирургических осложнений (кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия);
- специфических осложнений, характерных для данного вида анестезиологического пособия.

Особенности режима поведения после седации:

- нельзя управлять любыми транспортными средствами и другими опасными для жизни механизмами в течение 24 часов.
- не рекомендуется планировать в этот день мероприятия, требующие повышенной умственной активности (принятие важных решений, публичные выступления);
- необходимо ограничить физическую активность, соблюдать режим питания, принимать препараты, назначенные врачом;

- не рекомендуется употреблять спиртные напитки в ближайшие 24 часа.

Я даю согласие:

1. На все подготовительные мероприятия.
2. На расширение и углубление, в случае необходимости, анестезиологического пособия в процессе лечения.
3. На любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния в процессе лечения и в раннем периоде после седации.

Я понимаю необходимость нахождения в клинике в течение всего рекомендованного времени.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе:

- об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, препаратов бытовой химии, пыльцы цветов;
- обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях;
- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующей на меня;
- о принимаемых лекарственных средствах;
- сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, психотропных и токсических средств.

Я предупрежден(а) о том, что при сокрытии мною информации о состоянии моего здоровья клиника не несет ответственности за развитие возможных осложнений.

Я выполнил(а) все рекомендации и назначения перед проведением лечения в условиях седации.

Мне названа и со мной согласована стоимость проведения седации.

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 врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился(лась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

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

Врач Ф.И.О. _____

Подпись _____

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент Ф.И.О. _____

Подпись _____

«_____» _____ 20_____ г.