



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ На применение местной инъекционной анестезии

Я,  $\{\text{defaultRepresentativeClientName}\}$ , законный представитель пациента \_\_\_\_\_, паспорт:  $\{\text{defaultRepresentativePasport}\}$ ,

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323 –ФЗ, даю добровольное согласие на применение местной инъекционной анестезии

Я проинформирован(а) врачом ОСМАНОВ ИЛЬЯС НАРИМАНОВИЧ о необходимости применения местной анестезии.

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 вид медицинские вмешательства 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, 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.

Представитель пациента \_\_\_\_\_  $\{\text{defaultRepresentativeShortName}\}$

Врач \_\_\_\_\_ ОСМАНОВ И. Н.

Дата 06.09.2023



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Я,  $\{\text{defaultRepresentativeClientName}\}$ , законный представитель пациента \_\_\_\_\_,  
паспорт:  $\{\text{defaultRepresentativePasport}\}$ ,

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323 –ФЗ, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью проведения профессиональной гигиены полости рта.

Я подтверждаю, что гигиенист стоматологический провела со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о предстоящей мне процедуре профессиональной гигиены полости рта. Я ознакомлен (а) со всеми этапами, методами, и средствами, используемыми в процессе работы.

Мне объяснили возможные последствия регулярных отказов от процедур: кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, темный налет на зубах, оголение шеек зубов, возникновение подвижности зубов с возможной их потерей.

При подписании данного соглашения на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать своё согласие. Я добровольно подписываю данное соглашение на проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта в предусмотренном врачом объеме. Я понимаю, что успешный результат проведенной профессиональной гигиены полости рта может быть значительно снижен в следующих случаях:

- нарушение сроков лечения, установленных врачом; -неполный курс лечения, не дающий стабильного результата;
- применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение); -наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал (а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты;
- отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма; -наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов;
- плохой уход за полостью рта; -активное курение;
- прием алкоголя накануне и сразу после лечения.

Я признаю особые обстоятельства, осложняющие проведение процедуры и ее успешность:

- курение;
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- повышенный рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты.

Я предупрежден, что данная процедура сопровождается возникновением определенного дискомфорта, связанного с появлением кровоточивости и болезненности десен во время процедуры и на 1-2 день после:

- повышением чувствительности зубов;
- повреждением реставраций (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии);
- повреждением ортодонтической аппаратуры и ортопедических конструкций;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- обострением хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся гигиены полости рта (формы: \_\_\_\_\_). Со своей стороны,

я высказал (а) все жалобы, предупредил (а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях организма, наличие в анамнезе и по факту заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предложенной процедуры или служить противопоказанием к её проведению.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение профессиональной гигиены полости рта.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Даю согласие на проведение последующих плановых процедур профессиональной гигиены полости рта.

Пациент \_\_\_\_\_.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Представитель пациента \_\_\_\_\_ \${defaultRepresentativeShortName}

Врач \_\_\_\_\_ ОСМАНОВ И. Н.

Дата 06.09.2023



**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА  
проведение медицинского рентгенологического обследования**

Я,  $\{\text{defaultRepresentativeClientName}\}$ , законный представитель пациента \_\_\_\_\_, паспорт:  $\{\text{defaultRepresentativePasport}\}$ ,

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323–ФЗ, даю добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования.

1. Я соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы будет проводить сотрудник ООО «Ильфа».
2. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
3. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Врач вправе отказать в лечении при несогласии пациента на рентгенологическое обследование.
4. При получении радиовизиографического снимка неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т. д.).
5. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
6. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.
7. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п. 5 и 6) до проведения рентгенологического обследования.
8. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (радиовизиограф/ ортопантомограф/ компьютерный томограф), которая дает минимальную дозу облучения по сравнению с пленочными видами рентгеновского исследования и снижает до минимума риск возможных последствий. 9. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования

будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований.

10. Рентгеновский снимок только частично отображает реальную клиническую картину так как является двухмерным отображением трехмерного объекта.

Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Представитель пациента \_\_\_\_\_ \${defaultRepresentativeShortName}

Врач \_\_\_\_\_ ОСМАНОВ И. Н.

Дата \_\_\_\_\_