

Основание: статья 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ
Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1051н от 12.11.2021г.
Инн: 0278 986812 ОГРН: 1250200010290 № ЛО41-01170-02/03175899 от 12.09.2025 года

Приложение к договору и к амбулаторной карте
стоматологического больного № _____

Информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии

Я, _____ ,
(ФИО пациента, число, месяц, год рождения либо законного представителя)

зарегистрированного, проживающего по адресу:

(адрес регистрации, проживания гражданина или законного представителя)
в отношении _____ «__» _____ г.р.,
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие, о том, что мое лечение проведет врач-стоматолог

(Ф.И.О. врача)

даю добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства:
применением местной топической (аппликационной) анестезии/ инъекционной
инфильтрационной анестезии/ проводниковой анестезии препаратами: Артикаин (Sol.
Articaini 1,7 ml 1:100000, 1:200000)

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю
врача — _____
(ФИО врача)

Описание технологии: мне разъяснено, что в ходе процедуры врач обработает место вкола
анестетика аппликационной анестезией «Дисилан паста», далее проведет инъекцию
раствором анестезии.

Показания: обезболивание

Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата: 1, 2.

Предполагаемый результат медицинского вмешательства: онемение области
вмешательства в области причинного зуба.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и
осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой
работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства,
желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития
современного медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу
индивидуальных особенностей организма пациента.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского
вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по
программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского
вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь**

предоставить максимально точные данные, которые мне известны: беременность; кормление грудью; онкология на этапе обострения, предраковые и фоновые заболевания; острые воспалительные процессы в мочеполовой системе; хронические болезни мочевого пузыря на этапе обострения; эпилепсия.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

Мне в доступной форме разъяснено, и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов:

- Корки и шелушение;
- Ощущение жжения, зуда, покалывания – обычное явление в период восстановления.

- Отеки и покраснение кожи – ожидаемые побочные эффекты, продолжительность которых зависит от интенсивности лечения и чувствительности обрабатываемой области.

Возможные ощущения во время процедуры – обычно безболезненно, но может быть жжение, шелушение и покалывания

В случае проявления осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. В частности:

1. На верхней челюсти онемение может длиться в течение 1-2 часов, на нижней челюсти значительно дольше в течение 2 -4 часов, в зависимости от ваших анатомических особенностей. Постарайтесь в это время не принимать пищу, чтобы не повредить (прикусить) мягкие ткани щеки, языка, губ.

2. После анестезии возможен: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола.

В данной ситуации рекомендуем приложить холод на 15 мин.

3. Снижение внимания. Мы рекомендуем: не садиться за руль или быть внимательным к ситуации на дороге.

4. Могут возникнуть отсроченные аллергические реакции на анестетик в виде отёка лица, языка, сыпи. Мы рекомендуем: выпить таблетку «Супрастин» 1 таблетка 1 раз в день и обязательно позвонить лечащему доктору, при нарастающем отёке — вызвать скорую помощь.

5. Если после анестезии не полностью восстановилась чувствительность какой-либо области, то вы должны обязательно обратиться за помощью к врачу.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего/представляемого лица лечения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что

эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства и хранятся исключительно в моей медицинской карте.

Я разрешаю врачу опубликовать информацию о лечении меня/моего подопечного в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

(ФИО Пациента/законного представителя)

(подпись Пациента)

Дата «__» _____ 20__ г.

Вышеуказанный Пациент ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

Подпись врача _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.

[illegible]