

ГБУЗ Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

Согласие на местное обезболивание

Дата и время _____

Пациент ФИО и дата рождения _____

Законный представитель и основание полномочий при необходимости _____

Врач и медицинская запись _____

Диагноз или клиническая задача _____

Зуб либо участок и планируемый объём _____

Предоставленная информация

Цель: уменьшение или устранение боли при планируемом стоматологическом вмешательстве.

Метод и предполагаемый результат: введение выбранного местного анестетика указанным способом; возможна необходимость дополнительного введения в допустимых пределах либо изменения плана при недостаточном эффекте.

Существенные риски: болезненность инъекции, гематома, длительное онемение, повреждение мягких тканей при прикусывании, изменение чувствительности, недостаточный эффект, аллергическая реакция вплоть до анафилаксии, системная токсическая реакция при неблагоприятных условиях введения.

Возможные альтернативы: другой допустимый препарат или метод обезболивания, перенос или направление для другого вида помощи по показаниям; болезненную манипуляцию без необходимого обезболивания не предлагают как универсальную альтернативу.

Последствия отказа или отсрочки: невозможность безопасно провести запланированное вмешательство, необходимость изменить план или сроки; последствия отсрочки основного лечения разъясняются отдельно.

Индивидуальные риски и применимые альтернативы _____

Препарат, концентрация и планируемый способ: _____. Существенные сведения об аллергиях, ранее введённых препаратах и сопутствующем лечении сообщены врачу: _____. Фактическая доза вносится в медицинскую запись.

Я получил(а) понятное объяснение применительно к указанному вмешательству, смог(ла) задать вопросы и получил(а) ответы. Даю добровольное согласие на описанный выше объём. Мне разъяснено право отказаться или потребовать прекращения вмешательства в предусмотренном законом порядке; изменение плана обсуждается и документируется.

Вопросы и пояснения при необходимости _____

Пациент или надлежащий представитель ФИО и подпись _____

Врач ФИО и подпись _____

Заполняется до вмешательства; неприменимые варианты исключаются. Если согласие вправе дать сам несовершеннолетний, подписывает он; полномочия представителя проверяются врачом по применимому закону.