**

**Приложение к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

**Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации)**

**Информированное добровольное согласие пациента**

**на**  **проведение медикаментозной седации**

**г. Москва «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя , отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство – медикаментозная седацию, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем медицинском вмешательстве и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Седация – это медикаментозное приведение пациента в состоянии поверхностного сна при стоматологическом лечении. При этом происходит минимальная торможение сознания пациента, не утрачивается способность выполнять указания и команды стоматолога и сохраняется самостоятельное дыхание на протяжении всей процедуры. Седация обеспечивает пациенту не только успокоение и расслабление, но и значительное снижение болевых ощущений, подавление рвотного рефлекса.

Врач побеседовал со мной, изучил анамнез, обследовал меня, назначил перечень (если необходимо) анализов, объяснил мне особенность лечения под седацией (указать чем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и восстановительного периода.

Я понимаю, что выбор препаратов и методики проведения седации остается за врачом-

анестезиологом, и что по ходу седации может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций совместно с медицинской седацией. Без анестезии стоматологическое вмешательство не может производиться.

Я предупрежден о риске и возможных осложнениях, возникающих в ходе проведения седации и послеоперационном периоде:

* склонность к гипотензии или гипертензии;
* вегетососудистые нарушения, головокружения;
* икота, тошнота, рвота;
* различные аллергические реакции на используемые лекарственные препараты;
* боль в горле при глотании и т.д.

Я понимаю, что

* курение;
* прием алкоголя;
* наркотических и других сильнодействующих средств, в том числе антидепрессантов, транквилизаторов и психостимуляторов.

Я предупрежден о том, что употребление пищи и воды непосредственно перед лечением под седацией, могут повлиять на её течение и привести к осложнениям.

Я сообщил точные данные о своем (представляемого) физическом и душевном здоровье, о вредных привычках и пристрастиях.

Я согласен следовать инструкциям моего врача по поведению в послеоперационном периоде, выполнять все

предписания и назначения.

Я согласен не управлять автомобилем и не работать с другими опасными для жизни механизмами и аппаратами, по меньшей мере, в ближайшие 4 часа после седации.

Я обязуюсь не употреблять алкоголь в течение 12 часов после лечения под седацией.

***Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.***

***(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)***

Мне разъяснено, что по окончании лечения (при выписке) крайне желательно наличие встречающего взрослого человека.

Мне разъяснено, что о появлении вышеизложенных осложнений мне необходимо сообщить об этом врачу ООО

«Реферативная практика», проводившему данное медицинское вмешательство, для получения рекомендаций и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня

ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на следующее

медицинское вмешательство: седация

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

* об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
* обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
* о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
* об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
* о принимаемых лекарственных средствах;
* о наследственности;
* об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
* о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
* о проведении косметологических (инъекционных и неинъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Для женщин: Беременность \_\_\_ ДА \_\_\_\_НЕТ, на момент проведения манипуляции**

**СОГЛАСИЕ:**

***Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.***

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(ФИО врача-стоматолога) (подпись)

***Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина) (контактный телефон)

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(ФИО врача-стоматолога) (подпись)