

Публичное учреждение «Поликлиника Новой Вильни»	Процедура Предоставление информации пациентам и другим субъектам	П 1.10
		Лист 25/30
		Разрешение 3

Приложение L

Согласие пациента на местное обезболивание в случае интервенционной процедуры, амбулаторной операции, а также лечения кариеса, корневых каналов или удаления зубов, Ф СМК 12 – П 1.10

Вкладной лист форм №: 025/а, 026/а, 025-043/а, 025-111/а, 025-112/а №

Хранить как основной документ

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕСТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В СЛУЧАЕ
ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ, АМБУЛАТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ, А ТАКЖЕ ЛЕЧЕНИЯ
КАРИЕСА, КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИЛИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

Я _____, информирован(-а) о том,
(имя и фамилия пациента, представителя пациента)
что в связи с амбулаторной операцией (интервенционной процедурой) _____
_____ мне рекомендовано местное обезболивание. Осложнения после данных
процедур или амбулаторных операций возникают чрезвычайно редко, тем не менее остается риск
здоровью и жизни. Потенциальные последствия, наиболее опасные осложнения для здоровья:

в связи с местным обезболиванием: чувствительность к местному анестетику, временное нарушение
кровообращения, кровоизлияние, гематома, боль в месте инъекции, тризм, долгосрочная анестезия,
парестезия, онемение нижней губы в связи с парезом нерва, временная офтальмоплегия до 25–30 мин.,
мигриаз, птоз, паралич лицевого нерва;

в случае удаления зуба: чувствительность к местному анестетику, временное нарушение
кровообращения, кровоизлияние, гематома, тризм, кровотечение после удаления зуба, разрыв мягких
тканей, воспаление зубного ложа, перелом корня зуба (челюсти), выпадение соседнего зуба,
перфорация пазухи, попадание корня зуба в мягкие ткани пазухи, обострение воспаления (абсцесс,
флегмона), изменения состава крови;

в случае лечения кариеса зубов: временная чувствительность после пломбирования, выпадение
пломбы в связи с системным заболеванием, нарушением обмена кальция, аномалией прикуса,
недостаточной гигиеной полости рта; перелом стенок зуба из-за слишком обширной полости коронки.

в случае лечения корневых каналов: чувствительность к лекарствам, отсоединение эндодонтического
инструмента в корневом канале, перфорация, раскол корня, обострение во время лечения, отек мягких
тканей в области причинного зуба, перелом коронки зуба, боль после лечения, изменение цвета
коронки зуба.

в других случаях

Вы обязаны предупредить врача об известных Вам аллергических и других реакциях Вашего
организма на лекарственные препараты, а также перечислить известные Вам болезни или состояния,
которые могут повлиять на риск, связанный с соответствующей процедурой или операцией.

Я _____, получил(-а) необходимую
(имя, фамилия пациента или его представителя)
информацию о рекомендуемой процедуре и понял ее потенциальные последствия. Врач ответил на все
мои вопросы в ясной и доступной для понимания форме.

Даю свое согласие на выполнение мне данной процедуры.

Пациент (его представитель)
(подпись) *(имя и фамилия)*

Врач
(подпись) *(имя и фамилия или штамп)*

Дата: