

Публічна установа «Поліклініка Нової Вільні»	Процедура Надання інформації пацієнтам та іншим суб'єктам	П 1.10
		Аркуш 25/30
		Роздільна здатність 3

Додаток L

Згода пацієнта на місцеве знеболювання у разі інтервенційної процедури, амбулаторної операції, а також лікування карієсу, кореневих каналів або видалення зубів, Ф СМК 12 – П 1.10

Вкладний лист форм No: 025/a, 026/a, 025-043/a, 025-111/a, 025-112/a No.

Зберігати як основний документ

ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА МІСЦЕВЕ ЗНЕБОЛЮВАННЯ В ВИПАДКУ ІНТЕРВЕНЦІЙНОЇ ПРОЦЕДУРИ, АМБУЛАТОРНОЇ ОПЕРАЦІЇ, А ТАКОЖ ЛІКУВАННЯ КАРІЄСА, КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Я _____, проінформований(-а) про те, (ім'я та прізвище пацієнта, представника пацієнта) що у зв'язку з амбулаторною операцією (інтервенційною процедурою) _____ мені рекомендовано місцеве знеболювання. Ускладнення після цих процедур або амбулаторних операцій виникають надзвичайно рідко, проте залишається ризик здоров'я та життя. Потенційні наслідки, найнебезпечніші ускладнення для здоров'я:

у зв'язку з місцевим знеболенням: чутливість до місцевого анестетика, тимчасове порушення кровообігу, крововилив, гематома, біль у місці ін'єкції, тризм, довгострокова анестезія, парестезія, оніміння нижньої губи у зв'язку з парезом нерва, тимчасова офтальмоплегія до 25-30 хв., мідріаз, птоз, параліч лицьового нерва; **у разі видалення зуба:** чутливість до місцевого анестетика, тимчасове порушення кровообігу, крововилив, гематома, тризм, кровотеча після видалення зуба, розрив м'яких тканин, запалення зубного ложа, перелом кореня зуба (щелепи), випадання сусіднього зуба, перфорація пазухи, попадання у м'які тканини пазухи, загострення запалення (абсцес, флегмона), зміни складу крові; **у разі лікування карієсу зубів:** тимчасова чутливість після пломбування, випадання пломби у зв'язку із системним захворюванням, порушенням обміну кальцію, аномалією прикусу, недостатньою гігієною порожниною рота; перелом стінок зуба через занадто велику порожнину коронки.

у разі лікування кореневих каналів: чутливість до ліків, від'єднання ендодонтичного інструменту у кореновому каналі, перфорація, розкол кореня, загострення під час лікування, набряк м'яких тканин в області причинного зуба, перелом коронки зуба, біль після лікування, зміна кольору коронки зуба. **в інших випадках**

Ви зобов'язані попередити лікаря про відомі Вам алергічні та інші реакції Вашого організму на лікарські препарати, а також перерахувати відомі Вам хвороби або стани, які можуть вплинути на ризик, пов'язаний з відповідною процедурою або операцією.

Я _____, отримав(-ла) необхідну

(ім'я, прізвище пацієнта чи його представника)

інформацію про процедуру, що рекомендується, і зрозумів її потенційні наслідки. Лікар відповів на всі мої запитання у ясній та доступній для розуміння формі.

Даю свою згоду на виконання цієї процедури.

Пацієнт (його представник)

.....
(Підпис)

.....
(ім'я та прізвище)

Лікар

.....
(Підпис)

.....
(ім'я та прізвище або штамп)

Ф СМК 12 – П 1.10