SKYDENT
Клініка лазерної стоматології

Інформована згода на проведення стоматологічного лікування уві сні

Під терміном «стоматологічне лікування уві сні» у цьому документі розуміється проведення стоматологічного лікування в умовах медикаментозного сну із застосуванням лікарського препарату або комбінації препаратів, про які Пацієнта / його законного представника попередньо поінформовано та на застосування яких ним надано згоду. Вид препарату, спосіб його введення та необхідне дозування визначає лікар-анестезіолог з урахуванням стану здоров'я Пацієнта, обсягу та тривалості запланованого лікування.

Надання Клінікою послуг по стоматологічному лікуванню уві сні означає, що Клієнт перед початком надання таких послуг поінформований про їх суть, особливості та очікувані результати, згоден на їх надання та заявляє про наступне:

1. Мені надана повна інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, рекомендованого обсягу стоматологічного лікування, можливого прогнозу, ризиків та ускладнень. Мені у зрозумілій формі пояснено суть стоматологічного лікування уві сні із застосуванням седації та/або загальної анестезії, його мету та особливості проведення.
2. Мені була надана можливість ставити питання, що цікавили мене щодо стоматологічного лікування та проведення лікування уві сні, і мною отримано відповіді на них у доступній та зрозумілій формі.
3. Я проінформований про можливі альтернативні методи проведення стоматологічного лікування та добровільно погоджуюсь на проведення запланованого лікування уві сні.
4. Я розумію важливість повідомити лікаря-стоматолога та лікаря-анестезіолога всю необхідну інформацію про стан мого здоров'я, перенесені та хронічні захворювання, алергічні реакції, лікарські препарати, які я приймаю, попередні реакції на анестезію, особливості згортання крові та інші стани, які можуть впливати на проведення лікування.
5. Я зобов'язуюсь надати всі необхідні результати лабораторних аналізів, обстежень та консультацій інших спеціалістів, якщо їх проходження було рекомендовано лікарем або лікарем-анестезіологом до проведення лікування.
6. Я розумію, що під час лікування може проводитися терапевтичне та/або хірургічне стоматологічне лікування відповідно до попередньо погодженого плану, зокрема лікування карієсу та його ускладнень, реставрації, ендодонтичне лікування, видалення зубів, імплантація та інші погоджені стоматологічні маніпуляції.
7. Я розумію, що під час проведення лікування фактичний стан зубів, твердих та м'яких тканин порожнини рота може відрізнятися від попередньо визначеного. У зв'язку з цим лікар може скоригувати послідовність або обсяг лікування відповідно до клінічної ситуації та медичних показань.

8. Якщо під час лікування буде виявлена необхідність у додатковому втручанні, яке суттєво виходить за межі попередньо погодженого плану та може бути безпечно відкладене, таке лікування проводиться після додаткового погодження.
9. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій, невідкладного стану чи ускладнень під час лікування я заздалегідь даю згоду на застосування медичними працівниками Клініки всіх необхідних та можливих заходів для забезпечення мого життя та здоров'я.
10. Я погоджуюсь на застосування погодженого зі мною анестезіологічного забезпечення та лікарських препаратів, про які мене попередньо поінформовано. Остаточний вибір препарату, способу його введення та дозування здійснює лікар-анестезіолог з урахуванням мого стану здоров'я, обсягу та тривалості запланованого лікування.
11. Я проінформований про те, що під час та після застосування седації та/або загальної анестезії можливі індивідуальні реакції та ускладнення, зокрема нудота, блювання, запаморочення, сонливість, алергічні реакції, зміни артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та дихання, а також інші реакції організму.
12. Я проінформований про можливі наслідки безпосередньо стоматологічного лікування, серед яких можуть бути біль, набряк, кровоточивість, зміна кольору слизової або шкіри в ділянці втручання, тимчасове порушення чутливості, дискомфорт та інші ускладнення залежно від виду проведеного лікування.
13. Я зобов'язуюсь дотримуватися всіх рекомендацій лікаря та лікаря-анестезіолога щодо підготовки до лікування, у тому числі рекомендацій щодо прийому їжі, рідини та лікарських препаратів. Я розумію, що недотримання цих рекомендацій може бути підставою для перенесення або скасування лікування з міркувань безпеки.
14. **Я повідомлений та погоджуюсь, що під час стоматологічного лікування уві сні у лікувальному кабінеті не допускається присутність сторонніх осіб, у тому числі батьків, родичів, супроводжуючих осіб або інших представників пацієнта.**

Під час проведення лікування у приміщенні перебувають лише медичні працівники, які безпосередньо беруть участь у лікуванні та забезпеченні безпеки пацієнта.

Присутність батьків, родичів або інших супроводжуючих осіб допускається виключно за окремим дозволом лікаря-анестезіолога.

Я розумію, що це правило встановлено з метою забезпечення безпеки пацієнта, належних умов роботи медичної команди та можливості оперативно реагувати на будь-які зміни стану пацієнта.

15. Зі мною узгоджено запланований обсяг стоматологічного лікування. Я ознайомлений з його орієнтовною вартістю та розумію, що у випадку зміни фактичного обсягу проведених маніпуляцій остаточна вартість лікування може бути скоригована.
16. Я розумію, що після завершення лікування пацієнт повинен перебувати під наглядом медичного персоналу до моменту, коли лікар-анестезіолог дозволить

залишити Клініку. Я зобов’язуюсь виконувати рекомендації щодо подальшого режиму, харчування, прийому препаратів та післяопераційного догляду.

17. Я розумію, що кожен організм є індивідуальним, тому неможливо гарантувати стовідсотково позитивний результат стоматологічного лікування або повністю виключити можливість виникнення індивідуальних реакцій та ускладнень.
18. У випадку виникнення після лікування болю, набряку, кровотечі, погіршення загального стану, підвищення температури, алергічної реакції або інших симптомів, які викликають занепокоєння, я в першу чергу повинен звернутися до Клініки та виконувати рекомендації медичних працівників.
19. У випадку самостійного звернення до іншого медичного закладу або проведення стороннього втручання без попереднього інформування Клініки, Клініка не може нести відповідальність за наслідки такого стороннього лікування або втручання.
20. Я проінформований, що запланований обсяг та тривалість лікування можуть змінюватися залежно від фактичної клінічної ситуації, реакції організму та можливості безпечного проведення запланованих маніпуляцій протягом одного сеансу лікування уві сні.
21. Я погоджуюсь на проведення необхідного рентгенологічного обстеження та інших діагностичних процедур, якщо вони необхідні для планування, проведення або контролю результатів стоматологічного лікування.
22. Я уважно ознайомлений з цим документом, зміст мені зрозумілий. Я добровільно погоджуюсь на проведення запланованого стоматологічного лікування уві сні та розумію, що цей документ має юридичне значення і несе для мене відповідні правові наслідки.