

**Информированное добровольное согласие пациента
на применение местной инъекционной анестезии**

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического).

Я, _____ г.р.,
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Являюсь законным представителем _____ г.р.,
(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

добровольно и свободно даю свое согласие на медицинское вмешательство – на применение местной инъекционной анестезии.

Находясь на лечении в ООО «Концепт Смайл» проинформирован(а) врачом _____ о необходимости применения местной анестезии.

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я проинформирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакций организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Кроме того, существует риск самоповреждения мягких тканей, которое обычно наблюдается при прикусывании пациентом губ, щек или языка до прекращения момента обезболивания.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинского вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Последствиями отказа от постановки анестезии могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния, аллергические реакции, в том числе и на лекарственные препараты. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я принимаю решение приступить к лечению с использованием анестезии.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты, являясь юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.