

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение местной инъекционной анестезии полости рта

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьёй № 20

Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 13.07.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель  
Я, Законный Представитель,  
(Ф.И.О. представителя пациента)  
выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента  
Фамилия Имя Отчество Пациента  
(ФИО пациента)

Я, (клиент, законный представитель) **ФИО**, проинформирован лечащим врачом о необходимости применения местной инъекционной 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 варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида самой анестезии, анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции или выполнение её некачественно в ограниченном объёме, что неизменно приведёт к прогрессированию заболевания, развитию инфекционных осложнений, появлению болевых ощущений, а также обострению системных заболеваний организма.

Местная 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 таким как: обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритам, невралгиям и постинъекционным гематомам.

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

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией 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, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Также я понимаю, что при некоторых действиях с моей стороны (непроизвольное сглатывание, движение языка или головы, хватание врача за руку, резкое закрытие рта) могут также привести к дополнительной травме слизистой и зубов.

Эффективность местной анестезии снижается или пропадает вообще 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 медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является общий наркоз в специализированных центрах или вообще отказ от лечения.

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 анамнеза назвал (-а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (-а) на все вопросы специалистов, 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.

Я имел (-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным согласием и понимаю, что оно является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему ребенку) местной инъекционной анестезии.

Подпись (клиент, законный представитель)/Расшифровка \_\_\_\_\_ / ФИО

Подпись врача/Расшифровка \_\_\_\_\_ / ФИО