

Информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии

город Москва

«_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение

_____ (ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

местной анестезии в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

обезболивание места проведения лечения.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что проведение медицинского вмешательства может быть проведено одним из следующих способов:

1. Аппликационная анестезия, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии.

2. Инфильтрационная анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно; положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется.

3. Проводниковая анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 2-5 минут и продолжается от 15 минут до 6 часов.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является:
общая анестезия.

Преимуществом альтернативного вида медицинского вмешательства является возможность большого объема вмешательства за один прием. Недостатками альтернативного вида медицинского вмешательства является: более тщательная подготовка.

Рекомендованным видом медицинского вмешательства является: проведение местной анестезии.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав альтернативный вид медицинского вмешательства и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение рекомендованного мне вида медицинского вмешательства.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству:

Абсолютные противопоказания: некоррегированный сахарный диабет, прием некоторых лекарственных препаратов (в том числе дигоксин или ингибитор МАО (паргилин, пиразидол, ниламид, метралаиндол и т.д.), некоррегированный порок сердца с сердечной недостаточностью, артериальная гипертензия, иные заболевания сердца, бронхиальная астма в приступный период, патологическое ожирение с гемодинамическими и респираторными осложнениями, анемия (состояние, при котором снижается уровень гемоглобина и/или количества эритроцитов в крови), тромбоцитопения (состояние, при котором уровень тромбоцитов в крови снижается ниже нормы), аллергическая реакция на препараты, используемые при оказании анестезиологического пособия, онкологические заболевания, в том числе опухоли головного мозга.

Относительные противопоказания: обострение заболеваний сердечно-сосудистой системы, обострение заболеваний нервной системы, болезни дыхательных путей (в том числе и при ОРЗ), заболевания слизистых оболочек полости рта в стадии обострения, беременность (кроме состояний, угрожающих жизни пациенту).

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: возникновение гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обуславливающей неприятные ощущения в области укола, эрозии (поверхностный дефект слизистой оболочки) в месте укола, аллергической реакции немедленного и замедленного типа на обезболивающие вещества (появление на коже пятен, сыпи, отека мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), парестезия (покалывание, чувство ползания мурашек, жжение или онемение), обезболиваемого нерва, отлом иглы, абсцесс в области вкола иглы, истерическая реакция, развитие длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморок, коллапс, судорожные состояния, стенокардии, вызов приступа бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острая дыхательная недостаточность, обезболивание лицевого нерва, и как следствие обездвиживание мимических мышц.

Факторами риска для развития указанных осложнений вследствие оказания анестезиологического пособия являются: сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, артериальная гипертензия, гипотония, бронхиальная астма, аллергические состояния, проводимая антикоагулянтная терапия, эпилепсия, глаукома, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемым результатом медицинского вмешательства является: обезболивание места проведения лечебных манипуляций.

Врачом мне также было разъяснено о наличии ограничений после медицинского вмешательства: не кусать губы, язык и щеки, пока действует анестезия (можно сильно травмировать слизистую ротовой полости).

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за индивидуальных особенностей организма, а также в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (« » _____ 202__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (« » _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (« » _____ 202__ г.
(подпись) (должность и ФИО)

Дача согласия в следующие посещения пациента

Дата приема	Подпись пациента	Расшифровка подписи