

строго руководствуется:

*Основами законодательства об охране

здоровья граждан РФ,

*Законом о защите прав потребителей

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Местная инъекционная анестезия

Этот документ свидетельствует о том, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы применения местной инъекционной анестезии, связанные с этим риски, возможные варианты вмешательств, последствия и вероятность развития осложнений.

1. Я _____

понимаю, что целью проведения местной инъекционной анестезии является обезбоживание медицинских манипуляций. Мне разъяснено, что местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. При этом, длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

2. 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.

3. Кроме этого я информирован(а), что основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащением сердцебиения, повышением артериального давления, развитием аллергического отека или шока, обморока, коллапса, а также осложнений, связанных с наличием сопутствующей патологии: гипертонического криза, приступа бронхиальной астмы, стенокардии или тахикардии, инфаркта миокарда, гипо- или гипергликемической комы, судорожного синдрома). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения с последующим формированием гематомы, травмирование мягких тканей с последующим развитием инфильтрата или абсцесса, отечность и болезненность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. При проведении местного обезболивания возможно временное развитие пареза мимической мускулатуры, диплопии, ишемии кожи лица, обострение герпетической инфекции. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

4. Я понимаю, что последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

5. Я информирован(а), что в ряде конкретных случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений

рекомендуется провести предварительное обследование на совместимость (консультация аллерголога-иммунолога).

6. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены квалифицированными специалистами в соответствии с профессиональными стандартами и требованиями.

8. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

9. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них и подтверждаю свое согласие на проведение местной инъекционной анестезии при проведении стоматологического лечения.

10. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента _____

Дата _____