Информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»

от «»20 года	
Я,	
Законный представитель Пациента	,
врачом	проинформирован(а)
о необходимости применения местной анестезии.	

Местная (аппликационная и/или инфильтрационная, и/или проводниковая, и/или сочетанная) 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.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

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 информирован(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 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, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии для обезболивания. Местная анестезия проводится анестетиком _______ в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин. до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости, в связи с чем, необходимо исключить травмирование (накусывание) мягких тканей (губ, щек, языка) в период потери чувствительности.

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 случаях медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения.

Современные анестетики обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что при сборе анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня/у Пациента болезни и аллегические реакции. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента.

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

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я подтверждаю согласие на проведение местной анестезии.

Подпись Пациента/за	аконного представителя	Пациента		
Подпись врача	1			
	о форме и содержан _20года, на предлож		_	
которого я являюс	сь, медицинское (-ие)	вмешательство	(-а): проведени	іе местной
анестезии				

Дата	Диагноз лекарственн	Наименование лекарственного препарата			Пациент/ законный представитель Пациента	
			ФИО	подпись	ФИО (полностью)	подпись