

**Информированное добровольное согласие
НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ
(АППЛИКАЦИОННОЙ, ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ, ПРОВОДНИКОВОЙ)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. Цели лечения. Местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и направлено на профилактику вероятных осложнений во время лечения, их своевременное выявление и сведение к минимуму их последствий.

2. Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства. Местная анестезия будет применяться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения)», утвержденными Постановлениями Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также в случае инфильтрационной анестезии - к временному ощущению (появлению) припухлости в данной области. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Перед проведением инъекционной анестезии проводится аппликационная анестезия: место вкола обрабатывается местными анестетиками (лидокаин, артикаин, мепивакаин и др.). Препарат для анестезии будет подобран врачом с учетом моего аллергологического анамнеза и наличия сопутствующей

патологии.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, диагноза и предварительного плана лечения.

Я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Последствиями отказа от местной инъекционной анестезии могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

3. Риски, последствия, осложнения. Я понимаю, что местная анестезия является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осознаю, что местная инъекционная анестезия связана с риском для здоровья. Меня поставили в известность, что современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, редко вызывают осложнения, однако при наличии опасений, рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я понимаю, что во время анестезии или после нее могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть следующие осложнения:

1) Со стороны центральной нервной системы: головная боль, нарушение сознания вплоть до его потери, нарушение дыхания вплоть до его остановки, мышечный тремор, непроизвольное подёргивание мышц, иногда переходящие в судороги. Повреждение нерва (вплоть до развития паралича).

2) Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, диарея. Приём пищи возможен только после восстановления чувствительности.

3) Со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение и повышение артериального давления, брадикардия или тахикардия, угнетение сердечно – сосудистой деятельности, что в крайнем проявлении может привести к коллапсу, шоку и остановке сердца, что может угрожать жизни пациента. Местноанестезирующее действие усиливает и удлиняет сосудосуживающие лекарственные средства.

4) Аллергические реакции: отёк или воспаление в месте инъекции и других областях – покраснение кожи, зуд, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая отек верхней и/или нижней губ, щек, отеком голосовых связок с ощущением "комка в горле" и затруднениями глотания, крапивница, затруднение дыхания.)

Любые из этих проявлений могут прогрессировать до анафилактического шока. Так же в анестетиках часто содержатся сульфиты, которые могут усилить острые аллергические реакции, такие как бронхоспазм, анафилактическую реакцию. у пациентов с бронхиальной астмой и повышенной чувствительности к сульфитам.

5) Местные реакции: отечность или воспаление слизистой оболочки в месте инъекции. Появление зон ишемии в месте введения, вплоть до развития некроза тканей – при случайном внутрисосудистом введении. Травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

6) Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами: в специальных тестах не было выявлено отчётливого влияния местных анестетиков в стоматологии на концентрацию внимания и быстроту двигательных реакций. Однако, беспокойство перед приёмом и стресс, связанный с вмешательством, могут оказывать влияние на эффективность деятельности. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

7) Беременность и лактация: некоторые анестетики проникаю через плацентарный барьер, возможна брадикардия плода. Не имеется достаточного количества клинических наблюдений о применении препарата при беременности и в период лактации. В настоящее время нет сведений по безопасности применения препарата в период беременности в отношении воздействия на развитие плода. Неизвестно выделяется ли анестетик с грудным молоком. Рекомендуется пропустить одно грудное кормление (сцедить и не использовать молоко), заменив его на искусственное.

Местные анестетики могут усиливать и снижать эффективность других препаратов. При некоторых заболеваниях (почечная и печёночная недостаточность, сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, беременность и других состояниях) возможен выбор препаратов для анестезии. Поэтому пациент обязан поставить врача в известность, указав в анкете перечень имеющихся у него заболеваний и названия препаратов, которые он в данное время принимает. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

4. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: психические заболевания в период обострения; острое нарушение кровообращения (обморок, коллапс, шок); острые инфекции; острая анаэробная и аэробная инфекция; острая лучевая болезнь и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.).

Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Предполагаемые результаты лечения. Ожидаемым результатом местной анестезии является обезболивание стоматологических манипуляций. Мне сообщили, что при проведении местной анестезии эффективность обезболивания не гарантирована, однако гарантировано выполнение процедуры специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих протоколов, норм санитарно-эпидемиологического режима.

6. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

7. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

10. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

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 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, телефон)

_____ (подпись)

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

« _____ »

Г.

(дата оформления)

