

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
НА ПРИМЕНЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ**

Я, {ФамилияИмяОтчество}

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ОРАЛ КЛИНИК»

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*

Я, {ФамилияИмяОтчество} паспорт {СерияНомерПаспорта}

Выдан {Выдан}

прописан (а) {АдресРегистрации}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Врачом \_\_\_\_\_ я проинформирован(а) о необходимости применения проводниковой, инфильтрационной, интралигаментарной, внутрикостной и аппликационной анестезии.

Анестезия имеет своей целью проводить удаление зубов и другие манипуляции абсолютно безболезненно и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от применения анестезии могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, проявление 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 отека (припухлости).

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) так же 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, повышения 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), длительное сохранение анестезирующего эффекта определенных участков полости рта, в связи с анатомическим строением челюстно-лицевой области, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, после употребления обезболивающих препаратов, алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья, даю согласие на обработку моих персональных данных.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован.

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение местной инъекционной анестезии \_\_\_\_\_.

{ТекущаяДатаПолная} \_\_\_\_\_ {ФамилияИО} Ф.И.О, подпись пациента

(законного представителя)

{ТекущаяДатаПолная} \_\_\_\_\_ Ф.И.О, лечащий врач