

Информированное добровольное согласие на применение местной инъекционной анестезии

Я, _____ (Ф.И.О)

Дата рождения « ____ » _____ год.

Адрес: _____

проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии.

Местная инъекционная 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. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

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.

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.

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 вид 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 предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной инъекционной 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.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

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 мне местной инъекционной анестезии.

Подпись пациента _____ / _____ /

Пациент ознакомлен с тем, что:

1. Под удаленными пломбами может прогрессировать **кариес зубов**. Удаление разрушенных тканей зуба может привести к дополнительным процедурам: вскрытию зубной полости и **депульпации зуба**. Это усложняет и повышает стоимость лечение зуба.
2. Окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба. Выбор метода реставрации зависит от объема разрушений зуба.
3. **Эндодонтическое лечение** (лечение каналов зубов) может вызывать такие временные побочные явления, как **боль в зубе**, отек близлежащих тканей, флюс. В случае появления подобных симптомов могут потребоваться дополнительные процедуры, такие как хирургическое вмешательство или удаление зуба.
4. Профилактические осмотры с **рентгенологическим исследованием** — неотъемлемая часть лечебного процесса, увеличивающая сроки службы реставраций и зубопротезных конструкций. Профилактический осмотр помогает выявить дефекты зубов или конструкций, провести дополнительную диагностику, **своевременное лечение** или коррекцию.

Подпись врача _____ / _____ /