

Информированное добровольное согласие на проведение анестезии

(местное обезболивание)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 32 Федерального Закона №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начать медицинское вмешательство.

Я, пациент _____
« ____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу _____ проинформирован(а)
Лечащим врачом: _____

(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

о сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций в соответствии с рекомендованным планом лечения и даю информированное добровольное согласие на проведение анестезии (местного обезболивания) мне / лицу, законным представителем которого я являюсь.

В данном случае, с учетом всех имеющихся данных, показан следующий вид обезболивания:

- А).** аппликационная
- Б).** проводниковая
- В).** инфильтрационная

Целью местной анестезии является обезболивание в области выполняемой манипуляции в виде одной или нескольких инъекций (уколов). Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. 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.

Я проинформирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений (аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, учащение сердцебиения, повышение артериального давления, обморок, коллапс, шок); образование внутреннего кровотечения и гематомы; отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я проинформирован (а), что в ряде конкретных случаев все медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

При наличии опасений возникновения осложнений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость, провести консультацию врача общемедицинского профиля.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал (а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния, добросовестно ответил 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.

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях лечения. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (а) исчерпывающие ответы на них.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие на проведение анестезии** на предложенных условиях.

_____ (подпись законного представителя) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

_____ (подпись законного представителя) « ____ » _____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.