

Информированное добровольное согласие пациента на применение местной анестезии

Приложение

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

" _____ " _____ 20__ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Я _____ врачом _____

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: ребенок или лицо, признанное недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

законным представителем которого является (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) года рождения, проживающий(ая) по адресу _____

проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии.

1. Местная инъекционная (аппликационная) анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции.

2. 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 варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

3. 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. Инъекционная (аппликационная) анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

4. Я информирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной (аппликационной) анестезии, включая вероятность осложнений.

5. 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.

6. 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. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

7. Современные анестетики, применяются с использованием одноразовых игл и карпул. При наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

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

9. Я согласен (сна) на использование фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков моим лечащим врачом по его усмотрению без указания имени и фамилии.

10. Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

11. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, но я также понимаю, что мне гарантировано качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов специалистом соответствующей квалификации, и соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима.

12. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на проведение местной инъекционной (аппликационной) анестезии мною прочитан, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

13. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

14. Я подтверждаю согласие на проведение мне местной инъекционной (аппликационной) анестезии.

Подпись пациента

(законного представителя) / _____ / _____ / Дата « ____ » _____ 201__ г.