

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я, _____ (Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)
обращаюсь в ООО «СТОМАЛОДЖИКА» для проведения анестезии инфильтрационной/проводниковой.
Я согласен на применение анестезии и соответствующих анестетиков, за исключением: _____ (указать какие, либо: без исключений).

Моим лечащим врачом в доступной для меня форме, дана полная информация и разъяснено, что: 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. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, 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 и онемения в этой области, длящиеся от 15 минут до нескольких часов.

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. Перед оказанием анестезиологического пособия проводится аллергологическая проба, заключающаяся во введении пациенту минимальной дозы препарата, не могущей повлечь негативных последствий, с последующим наблюдением за состоянием пациента.

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. В этом случае врач гарантирует оказание полного объема медицинской помощи для решения возникших проблем и при необходимости - привлечение других специалистов.

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.

Сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости.

Использование сосудосуживающих анестетиков в процессе стоматологического лечения противопоказано при следующих заболеваниях и состояниях: при некоррегированном сахарном диабете, при приеме некоторых лекарственных препаратов (в том числе дигоксина или ингибиторов MAO (паргилина, пиразидола, ниламида, метралаиндола и т.д.)), при некоррегированных пороках сердца с сердечной недостаточностью, артериальной гипертензии, иных заболеваниях сердца, при бронхиальной астме в приступный период, при патологическом ожирении с гемодинамическими и респираторными осложнениями, при анемии, тромбоцитопении, при наличии аллергической реакции на препараты, используемые при оказании анестезиологического пособия, при наличии онкологических заболеваний, в том числе опухолей головного мозга.

Кроме того, введение анестетика обладает сосудосуживающим эффектом.

При осуществлении стоматологического лечения под местной анестезией применяются следующие виды

анестезиологического пособия:

- аппликационная анестезия, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии;
- инфильтрационная анестезия («заморозка»), применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно; положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется;
- проводниковая анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безигольным инъектором, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20-30 секунд и продолжается от 15 минут до 6 часов.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо пройти медицинское обследование и сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости и отягощённом аллергологическом анамнезе.

В результате применения местной анестезии при проведении стоматологического лечения возможны нарушение ориентации в пространстве, в связи с чем в течение 24 часов после получения анестезиологического пособия не рекомендуется управлять автомобилем, иными сложными механизмами. В зоне действия анестетика также может возникнуть длительное чувство онемения, при этом чувство онемения может распространяться на всю челюсть, в том числе язык, верхнюю и нижнюю губу, часть глотки, которое может продолжаться в течение 24 часов с момента введения препарата. В связи с онемением зоны стоматологического вмешательства могут быть затруднены глотание и речь, что может обусловить попадание в дыхательное горло больших объемов слюны. В связи с возможностью онемения обширной области не рекомендуется употреблять пищу до момента частичного восстановления чувствительности.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги: возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обуславливающей неприятные ощущения в области укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции немедленного типа на обезболивающие вещества (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, стенокардии, вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность и др.

Факторами риска для развития указанных осложнений вследствие оказания анестезиологического пособия являются сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, артериальная гипертензия, гипотония, бронхиальная астма, аллергические состояния, проводимая антикоагулянтная терапия, эпилепсия, глаукома, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и др.

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 задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) исчерпывающие ответы. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю своё информированное согласие на проведение местной инъекционной анестезии.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ (-ЛА) ДОКУМЕНТ И ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.

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

Пациент _____ / _____

**Отказ от ВСЕХ видов медицинских вмешательств (отказ от лечения), включенных 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**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «СТОМАЛОДЖИКА»

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

дата _____ Подпись _____ (ФИО)