

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**  
**Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы**  
**«Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»**

**Добровольное информированное согласие пациента**  
**на применение местной инъекционной анестезии.**

от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента (нужное подчеркнуть) до подтверждения им согласия на применение местной инъекционной анестезии полную информацию об особенностях и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество пациента/ представителя пациента)

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

Последствиями отказа от данной медицинской услуги 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.

1. В случае, если во время операции и/или проведения анестезии возникнет непредвиденная ситуация, требующая в интересах жизни и здоровья пациента изменения метода анестезии и/или проведения дополнительных анестезиологических манипуляций, Я доверяю решение этих вопросов врачу-специалисту.

2. 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.

3. Я проинформирован(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.

4. Я информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. При наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

5. Я подтверждаю, что назвал(а) все известные имеющиеся у меня /у представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть) болезни, непереносимости и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья/здоровья представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть).

6. При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

8. Настоящее согласие дается мною на весь срок действия договора.

9. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент в течение срока действия договора с помощью письменного волеизъявления подписанного пациентом.

**Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.**

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_

**Подпись представителя**

пациента: \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_