

Информированное добровольное согласие на применение местной инъекционной анестезии

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу _____,

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю добровольное согласие на предложенное, мне, моему ребенку, лицу, чьим

законным представителем я являюсь, _____

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

« _____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

на применения местной инъекционной анестезии врачом * (Ф.И.О. врача).

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 манипуляции могут быть: невозможность выполнения некоторых видов стоматологических работ, появление болевых ощущений.

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

Отсутствие болевой, тактильной и температурной чувствительности может привести к травмированию тканей полости рта (накусыванию губ, слизистой щеки; получению термического ожога).

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися долговременной потерей чувствительности, невритами и невралгиями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и постинъекционные гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

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

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о состоянии своего здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, острых и хронических заболеваниях, операциях, приеме медикаментов, аллергических реакциях, вредных привычках. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации могут возникнуть осложнения, ответственность за которые несу я сам(а)

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, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты.

Разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, следующим лицам:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)_____
Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)_____
* Подпись (Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Дата _____

Дата _____

№ зуба _____

Диагноз _____

Вид анестезии _____

Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

*Ф.И.О. врача/ подпись врача _____