



Клиника
Эффективной
Стоматологии

ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
Инъекционная анестезия.**

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач –стоматолог

(Ф. И. О. лечащего врача)

В исключительных случаях (болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна следующая информация о сути медицинского вмешательства инъекционной анестезии.

Альтернативой является отказ от лечения. 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.

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

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции, производится 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.

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.
- ❖ постинъекционными гематомами.

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.*

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

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, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима

Мне озвучены и со мной согласованы:

- ❖ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ❖ сроки проведения лечения;
- ❖ стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения. Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ года

/ _____
Подпись Ф. И. О. полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

/ _____

Подпись Ф. И. О. врача