

**Информированное добровольное согласие  
на проведение местной, аппликационной, проводниковой, инфильтрационной анестезии  
(нужное подчеркнуть)**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО полностью*), *года рождения*

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{% if пациент.представитель\_имеется %}

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан*

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}

*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:*

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*)

{% else %} {% endif %}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог

{{визит\_на\_прием.специалист.специализация}} {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1	B01.003.004.001	Местная анестезия	
	B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	
	B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	
	B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	

Местная анестезия - вид анестезии, сущность которого заключается в блокаде болевых и иных импульсов из области оперативного вмешательства путём прерывания нервной передачи.

Мне разъяснено, что местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и последствиями отказа от неё могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

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.

Мне разъяснены виды местной инъекционной анестезии:

Аппликационная анестезия – это поверхностное обезболивание. При данном методе осуществляется блокада рецепторов нервных окончаний. Достигается обработкой поверхностей тканей или слизистых растворами местных анестетиков путём смазывания или орошения (чаще используется 10 % раствор лидокаина).

Инфильтрационная анестезия – может применяться при любых оперативных вмешательствах в любой области человеческого тела. В общем виде метод заключается в послойном, постепенном инфильтрировании тканей раствором местного анестетика, которое сменяется разрезом, после чего вновь производится инфильтрация тканей 0,25% раствором новокаина, окружающих орган, подлежащий оперативному вмешательству.

Проводниковая анестезия – осуществляется введением обезболивающего вещества в непосредственной близости к нервному стволу в различных областях его прохождения, от места выхода из спинного мозга до периферии. В основе проводниковой анестезии лежит блокада проведения импульса по нервному стволу с помощью концентрированных растворов анестетиков. Иглу к нерву подводят без шприца - появление чувства «удара тока» свидетельствует о прикосновении к стволу нерва. При эндоневральном введении обезболивание наступает через 2-5 минут при периневральном - через 5-15 минут.

Я информирован (а) о том, что современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на аллергическую реакцию.

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.

Мне разъяснено, что 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.

Мне разъяснены показания к проведению местной анестезии: при проведении хирургического не полостного вмешательства или небольших полостных операций, длительность проведения которых не превышает 60-90 минут; при непереносимости общего наркоза; при необходимости проведения диагностических процедур на фоне выраженного болевого синдрома; при отказе пациента

от общего наркоза; пациентам в пожилом возрасте; в случае, когда нельзя использовать общий наркоз.

Мне разъяснены противопоказания к проведению местной анестезии: нервное возбуждение; психические заболевания; непереносимость анестетиков; детский возраст.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ {{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} {{пациент.номер\_телефона}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

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

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я подтверждаю, что сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения.

Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачом по его усмотрению.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

{{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)

{{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_гггг}} (дата оформления)