

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На проведение местной анестезии

При стоматологических вмешательствах

Стоматологическая клиника ООО «ЭСТЕТИКА» Ростовская область, г. Таганрог, ул. С. Шило 212/1.

Ф.И.О. лечащего врача: _____

Я, _____ Ф.И.О. Дата рождения: _____

1. Цель медицинского вмешательства Местная анестезия (обезболивание) проводится с целью обеспечения безболезненного выполнения стоматологических манипуляций (лечение кариеса и его осложнений, удаление зубов, хирургические вмешательства и иные процедуры).

2. Вид анестезии (отметить нужное)

- ☐ Аппликационная (нанесение геля/спрея на слизистую оболочку)
- ☐ Инфильтрационная (введение анестетика в ткани в области вмешательства)
- ☐ Проводниковая (введение анестетика вблизи нервного ствола)
- ☐ Комбинация методов
- ☐ Иной вид: _____

Препарат (анестетик): _____

Наличие вазоконстриктора (эпинефрина): ☐ есть ☐ нет ☐ не известно

3. Характер и порядок проведения процедуры Анестезия выполняется с использованием одноразовых стерильных игл и карпульных шприцев (или инъекторов). Перед инъекцией может быть проведено аппликационное обезболивание слизистой оболочки. Эффект анестезии наступает через 2–10 минут и сохраняется от 40 минут до 4–6 часов в зависимости от препарата, его концентрации, индивидуальных особенностей организма и зоны вмешательства.

4. Возможные осложнения и нежелательные реакции

1. Аллергическая реакция на анестетик или его компоненты (вплоть до анафилактического шока);
2. Гематома в месте инъекции (при повреждении сосуда);
3. Боль, жжение, отёк слизистой оболочки в месте введения иглы;
4. Травма нервного ствола с развитием неврита, невралгии, парестезии или гипестезии;
5. Тризм (ограничение открывания рта) — чаще при проводниковой анестезии;
6. Вазовагальный обморок, коллапс, снижение или повышение артериального давления;
7. Тахикардия, ощущение сердцебиения (особенно при наличии вазоконстриктора);
8. Некроз слизистой оболочки в месте инъекции (редко);
9. Прорезывание инфекции в мягкие ткани (при наличии очага воспаления);
10. Недостаточный или отсутствующий эффект анестезии.

Я проинформирован(а), что даже при идеальном выполнении всех этапов анестезии полная гарантия отсутствия осложнений не может быть обеспечена.

5. Факторы, которые могут усложнить анестезию или повысить риск осложнений

1. Наличие очага острого воспаления в зоне вмешательства;
2. Индивидуальная непереносимость или аллергия на лекарственные препараты;
3. Сердечно-сосудистые заболевания (гипертония, ИБС, аритмия и др.);
4. Эндокринные нарушения (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.);
5. Беременность и период лактации;
6. Приём лекарственных препаратов (антикоагулянты, антидепрессанты и др.);
7. Употребление алкоголя или наркотических веществ накануне визита;
8. Психоэмоциональное напряжение, страх, тревожность.

Последствия отказа от анестезии:

1. выраженный болевой синдром во время манипуляции;
2. невозможность или существенное затруднение выполнения манипуляции;
3. прогрессирование стоматологического заболевания;
4. риск развития осложнений основного заболевания;
5. обострение сопутствующих заболеваний на фоне болевого стресса.

7. Согласие на оказание экстренной медицинской помощи

Я даю согласие на оказание мне экстренной медицинской помощи (в том числе реанимационных мероприятий) в случае развития острой аллергической или иной реакции, угрожающей жизни и здоровью.

8. Обязанности пациента

1. добросовестно и в полном объеме сообщить врачу обо всех имеющихся заболеваниях, аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах;
2. сообщить о факте беременности или лактации;
3. соблюдать рекомендации врача до, во время и после проведения манипуляции;
4. незамедлительно сообщить врачу об ухудшении самочувствия во время или после процедуры.

9. Подтверждение

1. Я получил(а) полную и понятную информацию о цели, методе, характере, возможных осложнениях анестезии и альтернативах.
2. Мне разъяснены последствия отказа от обезболивания.
3. Я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы.
4. Я добровольно, без принуждения даю согласие на проведение местной анестезии.
5. Я понимаю, что данное согласие имеет юридическую силу.

Дата: « ____ » _____ 20__ г. Время: ____:____

Пациент _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач: _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Наименование медицинской организации: _____

Ф.И.О. лечащего врача: _____

Я, пациент (законный представитель): _____

Ф.И.О. полностью: _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. Паспорт: серия ____ № _____

Контактный телефон: _____

отказываюсь от проведения местной анестезии при выполнении следующей стоматологической манипуляции:

Я проинформирован(а) о возможных последствиях отказа:

1. выраженный болевой синдром во время манипуляции;
2. невозможность или существенное затруднение выполнения вмешательства;
3. прогрессирование стоматологического заболевания;
4. риск развития осложнений основного заболевания;
5. обострение сопутствующих заболеваний на фоне болевого стресса.

Я подтверждаю, что решение об отказе от анестезии принято мной добровольно и осознанно. Я понимаю, что несу ответственность за возможные последствия, связанные с отказом от обезболивания.

Дата: « ____ » _____ 20__ г. Время: ____:____

Пациент _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Врач: _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)