

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на анестезиологическое пособие (местная анестезия)**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г. ( \_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача **ООО «Семейная стоматология»**

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача)  
выполнить мне (представляемому лицу \_\_\_\_\_)  
(ФИО, год рождения несовершеннолетнего)

**анестезиологическое пособие, необходимое для проводимого мне (представляемому лицу) стоматологического лечения.**

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной (представляемым лицом) хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат анестезии зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей организма.

Лечащим врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время планируемой процедуры. Даны рекомендации по подготовке к планируемой процедуре.

Врач разъяснил мне, что **местная инъекционная анестезия имеет своей целью** обезболивание в области выполняемой стоматологической манипуляции, и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества. Длительность эффекта обезболивания может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальных особенностей организма.

Врач разъяснил мне, что **анестезиологическое пособие будет проводиться с помощью препарата:** \_\_\_\_\_

(указать наименование лекарственного препарата)

Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что у меня (представляемого лица) отсутствуют аллергические реакции на данный препарат.

**Противопоказания.** При лечении зубов местная анестезия имеет относительные противопоказания пациентам с сахарным диабетом, тиреотоксикозом и другими заболеваниями эндокринной системы, почечной недостаточностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области, изменившими топографию костных каналов, нервных стволов и мягких тканей.

Обезболивание также затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Пациентам с аллергией на лекарственные вещества, применяемые для анестезии зубов, а также на их компоненты, лечение проводится только по заключению врача-аллерголога. Пациентам, принимающим антидепрессанты, ингибиторы МАО, и бета-адреноблокаторы, анестезия при лечении зубов применяется после консультации с лечащим врачом, который назначил вышеупомянутые препараты.

**Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что в перечисленных состояниях на момент проведения процедуры не пребываю(-ет).**

**Виды местной анестезии.** *Аппликационное обезболивание:* делается при помощи спрея или мази, которые наносятся марлевым тампоном на десну. С его помощью максимально комфортно для пациента проводят такие манипуляции, как: снятие зубного камня, манипуляции у края десны, вскрытие подслизистых абсцессов, обезболивание места укола перед проведением более глубокой местной анестезии. *Инфильтрационная анестезия* является самым распространенным в стоматологической практике методом анестезии. При этом виде анестезии обезболивающий препарат вводится под слизистую, надкостницу либо внутрикостно, продолжительность его действия составляет около часа. *Проводниковая анестезия* имеет зону действия больше, чем инфильтрационная, и осуществляется путем прохода препарата по тройничному нерву. Данная анестезия нужна при хирургическом вмешательстве в десну или район большого коренного зуба. *Стволовая анестезия.* Этот способ обезболивания применяют в основном в условиях стационарного лечения. при травмах челюстей и зубов, невралгии, ярко выраженного болевого синдрома и др.

Врач пояснил мне, что инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

**Возможные осложнения.** Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям:

- повышение температуры;

- аллергические реакции, обморок, коллапс, шок (при гиперчувствительности к препарату);
- токсические реакции, анафилактический шок, судороги, возникающие в результате непредвиденного восприятия организмом анестезирующего раствора;
- травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющихся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами;
- боль и жжение в месте инъекции (встречается часто и считается нормой).
- образование гематом (припухлостей и синяков) в месте укола;
- кровотечение из раневого канала;
- воздушная эмфизема тканей;
- отлом иглы во время инъекции (крайне редко);
- проходящий спазм (тризм) жевательных мышц;
- случайное прикусывание мягких тканей (губ, щек, языка) вследствие временной потери чувствительности.
- а также иные: \_\_\_\_\_

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.

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

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны.

Врач пояснил мне, что накануне лечения и непосредственно перед посещением стоматолога следует воздержаться от приема алкогольных напитков, поскольку этиловый спирт способен уменьшать обезболивающий эффект большинства препаратов. При недомогании, в частности – на фоне ОРВИ или гриппа, визит к врачу следует отложить.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу и на них были получены ответы, и я даю согласие на проведение мне (представляемому лицу) анестезиологического пособия, необходимого для проводимого стоматологического лечения.**

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи: \_\_\_\_\_

М.П.