

Информированное добровольное согласие пациента на анестезию

от «_____» _____ 201____ года

Я _____
проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии

Доктором _____

Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предполагает одну или несколько инъекций для введения анестезирующего вещества с целью обезболивания. Длительность эффекта варьирует от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения процедуры, появление болевых ощущений. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также к временному ощущению припухлости в данной области.

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

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

Я проинформирован(а) о том, что после введения местной анестезии возможно временное нарушение работы мышц лица и мимики.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением 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.

Я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от проведения процедуры. Меня поставили в известность, что современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений, однако при наличии опасений, рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в анкете анамнеза назвал(а) все имеющиеся у меня заболевания и патологические состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрывая информацию о состоянии своего здоровья. Мне сообщили, что при проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение процедуры специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и его подписание влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне местной медицинской анестезии.

Пациент

Доктор

_____/_____/_____/_____