

645-93-67

Информированное добровольное согласие на применение
местной инъекционной анестезии

Я, _____ года рождения, являясь законным представителем _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, медицинский работник проинформировал(а) меня о предстоящем хирургическом вмешательстве с применением местной инъекционной анестезией представляемому.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение представляемому местной инъекционной анестезии

(наименование анестезиологического пособия)

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика, индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я понимаю, что введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование кровотечения и гематомы, отечность в области инъекции.

Я проинформирован(а) о том, что в зависимости от объема необходимого лечения врач выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Таковыми видами являются:

Аппликационная анестезия - это поверхностное обезболивание. Она применяется перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяются анестетики в виде спрея, мази или геля.

Инфильтрационная анестезия - выполняют в виде инфильтрации анестетика в ткани.

Проводниковая анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводят к нервным ветвям в соответствии с зонами иннервации заданной области.

Я информирован(а), что основные осложнения и риски местной анестезии обусловлены введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него включая:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я также предупрежден(а) и понимаю, что аллергические реакции организма, обморок, коллапс, шок приводят к нарушению со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренному причинению вреда здоровью, и даже неблагоприятному исходу вплоть до летального. В этих случаях, я даю своё согласие на проведение представляемому реанимационных действий, проведение катетеризации магистральных вен, противошоковые и другие инъекции, любые операции и медицинские действия, основанные на профессиональных знаниях, опыте и практических навыках врачей.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено на фоне злоупотребления алкогольными напитками, приема запрещенных препаратов, при местных гнойно-воспалительных изменениях в области предполагаемого вмешательства. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован(а) о том, что в случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в полном объеме. Так как в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги и

нарушает право представляемого на гуманное отношение при оказании медицинской помощи.

При отказе от местной анестезии при указании на аллергические реакции в анамнезе, рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам представляемого в прошлом и об аллергии в настоящее время. Подтверждаю, что назвал(а) все известные имеющиеся у представляемого болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что правдиво и добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья представляемого.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на применение представляемому местной инъекционной анестезии в предложенном объеме.

Пациент Тест _____

Врач _____

Дата _____