

Информированное добровольное согласие на применение
местной инъекционной анестезии в стоматологии

Я, _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, медицинский работник проинформировал(а) меня о предстоящем стоматологическом лечении с применением местной инъекционной анестезии в ООО «ХэлсМед».

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

(наименование анестезиологического пособия)

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной 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 внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течении нескольких дней и дольше.

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

Аппликационная анестезия - это поверхностное обезболивание. Оно применяется при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов, а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяется анестетики в виде спрея, мази или геля.

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.

Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на инфильтрационную и проводниковую.

Инфильтрационная анестезия - самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности, всем известная так называемая «заморозка». Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных стоматологических манипуляциях.

Проводниковая анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводят к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации.

Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Я информирован(а), что основные осложнения и риски инъекционной 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 в виде летального. В этих случаях, я даю своё согласие на реанимационные действия, 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 при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. 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 плановой ситуации. Так как в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи.

Современные анестетики обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

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

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

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

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

Пациент _____

Врач _____

Дата