



Приложение № 2 к приказу 1709/1 от «17» сентября 2018г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента  
на местное обезболивание (анестезия) в ООО «Дента Арт»

Я, \_\_\_\_\_, г. рождения,  
Законный представитель \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение местного обезболивания (анестезии) зуба № \_\_\_\_\_

Медицинским работником  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мною условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым медицинским вмешательством и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения. настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как местное обезболивание (анестезия), целью которого является безболезненное выполнение любой стоматологической манипуляции.

**Мне разъяснено, что стоматологическое лечение зачастую бывает чрезвычайно болезненным и нуждается в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и последствиями отказа от неё могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. При попытке врача выполнить определенные виды стоматологического лечения без применения местной анестезии возможны: потеря сознания, болевой шок. Могут возникнуть или обостриться заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы.**

**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:**

1. **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.

2. **Местная инъекционная анестезия** проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (укалов) 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:

- **Инфильтрационная анестезия.** Самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности, всем известная так называемая «заморозка». Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрекостно. 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.

**Осложнениями местной анестезии могут явиться:** аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика 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. Кроме этого, при проведении анестезии, врач использует анатомические ориентиры в полости рта и на лице, при этом подлежащие ткани (мышцы, сосуды, нервные стволы и окончания) могут иметь индивидуальные варианты строения, которые врач не может видеть при наружном обследовании, что также может привести к их травме, кровотечению, гематоме, отеку, тризму, воспалению. Чтобы избежать прикусывания губы или щеки после проведения анестезия, необходимо оказаться от приема пищи до полного прекращения ее действия.

**Эффект обезболивания бывает затруднен** в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ, обезболивающих препаратов, при выраженном эмоциональном стрессе, из-за анатомических особенностей строения скелета. Все это приводит к необходимости проведения дополнительных инъекций препарата, проведения стоматологического вмешательства под частичным обезболиванием или отказу от лечения вообще.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на **аллергическую реакцию**.

**Альтернативой** данному медицинскому вмешательству **является отказ от лечения или выполнение лечения без обезболивания. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и ДОЛЖЕН отказаться от выполнения многих стоматологических манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою (представляемого) безопасность.**

Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня (представляемого) болезни, недуги и состояния, аллергические реакции имеющиеся у меня в прошлом и настоящем. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего (представляемого) здоровья.

**Я понимаю и принимаю то,** что при проведении местной инъекционной анестезии положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.**

**На основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующего медицинского вмешательства**

- Обезболивание инъекционное + аппликационное
- Обезболивание инъекционное
- Обезболивание аппликационное

**Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.**

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата “ \_\_\_\_ ” 20 \_\_\_\_ г.