

Информированное добровольное согласие на проведение анестезии

г. Одинцово

«__»__ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ» строго руководствуется:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.09.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
- Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 N 2300-1.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Я, _____, «__»__ г.р.

Проживающий (-шая) по адресу: _____

Даю информированное добровольное согласие на проведение мне анестезиологического препарата медицинским работником (далее врач): _____,

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

Я согласен на применение анестезии и соответствующих анестетиков, за исключением: _____
(указать какие, либо: без исключений).

Дата	Анестетик, дозировка, вид анестезии.	Подпись врача	Подпись пациента

Моим лечащим врачом в доступной для меня форме, дана полная информация и разъяснено, что:

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции.

Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинского вмешательства, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости и онемения в этой области, длящиеся от 15 минут до нескольких часов.

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

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

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. В этом случае врач гарантирует оказание полного объема медицинской помощи для решения возникших проблем и при необходимости - привлечение других специалистов.

Обезболивание 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 случаях вид медицинские вмешательства без анестезии невозможны.

Альтернативой является отказ от лечения.

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 известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне разъяснено, что перед медицинским вмешательством я имею право отказаться от него за исключением случаев предусмотренных ч.9 ст.20 федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) исчерпывающие ответы. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю своё информированное согласие на проведение местной инъекционной анестезии.

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

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 ____ г.