Приложение

                                                                                                            к договору на оказание платных

                                                                                                   медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**Применение местной инъекционной анестезии в ООО « Дентал Спа»**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,                                                                         (Фамилия, имя, отчество пациента)

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,                                    (Фамилия, имя, отчество законного представителя)

являясь законным представителем ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество ребенка до 15 лет)

 проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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 с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

  Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, 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  этой области.

 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, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

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

*Со стороны центральной нервной системы* :  головная боль , нарушение сознания вплоть до его потери , нарушение дыхания  вплоть до его остановки, мышечный тремор, непроизвольное подёргивание мышц, иногда переходящие в судороги. Повреждение  нерва (вплоть до развития паралича)**.**

*Со стороны пищеварительной системы:*тошнота, рвота, диарея. Приём пищи возможен только после восстановления чувствительности**.**

*Со стороны сердечно-сосудистой системы:*снижение и повышение  АД, брадикардия или тахикардия, угнетение сердечно – сосудистой деятельности, что в крайнем проявлении может привести к коллапсу, шоку и остановке сердца, что угрожает жизни пациента.  Местноанестезирующее действие усиливает и удлиняет сосудосуживающие лекарственные средства**.**

*Аллергические реакции:* отёк или воспаление в месте инъекции и других областях – покраснение кожи, зуд, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая  отек верхней и/или нижней губ, щек, отеком голосовых связок с ощущением "комка в горле" и затруднениями глотания, крапивница, затруднение дыхания.) Любые из этих проявлений могут прогрессировать до анафилактического шока. Так же в анестетиках часто содержатся сульфиты, которые могут усилить    острые аллергические реакции, такие как бронхоспазм, анафилактическую реакцию. у пациентов с бронхиальной астмой и повышенной чувствительности к сульфитам.

*Местные реакции:* отечность или воспаление слизистой оболочки в месте инъекции. Появление зон ишемии в месте введения, вплоть до развития некроза тканей – при случайном внутрисосудистом введении**.** Травматизации  нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

*Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами:* в специальных тестах не было выявлено отчётливого влияния местных анестетиков в стоматологии на концентрацию внимания и быстроту двигательных реакций. Однако, беспокойство перед приёмом и стресс, связанный с вмешательством, могут оказывать влияние на эффективность деятельности**.**  В период лечения необходимо соблюдать осторожность при  вождении автотранспорта и занятии др.

потенциально опасными видами деятельности, требующими  повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

*Беременность и лактация:* некоторые анестетики проникаю через плацентарный барьер, возможна брадикардия плода. Не имеется достаточного количества клинических наблюдений о применении препарата при беременности и в период лактации. В настоящее время нет сведений по безопасности применения препарата в период беременности в отношении воздействия на развитии плода. Неизвестно выделяется ли  анестетик с грудным молоком. Рекомендуется пропустить  одно грудное кормление (сцедить и не использовать молоко), заменив его на искусственное.

 Местные анестетики могут усиливать и снижать эффективность других препаратов. При некоторых заболеваниях (почечная и печёночная недостаточность, сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, беременность и других состояниях) возможен выбор препаратов для анестезии. Поэтому пациент обязан поставить врача в известность, указав в анкете  перечень имеющихся у него заболеваний и названия препаратов, которые он в данное время принимает.

  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 случаев виды медицинских 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.

  Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

  Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

 Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ(а) ОБЕ СТРАНИЦЫ  ДОКУМЕНТА И ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

 Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  /                                                    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /

(подпись пациента)                                                         (ФИО полностью)

Подпись представителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись представителя ребенка)                                                                  (ФИО полностью)

Беседу провел врач:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      /                                               \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  /

(подпись врача)                                                                     (ФИО)

Дата:   «  » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.