



Стоматологическая клиника "ВитАрт"  
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18  
<http://www.vitart-stom.ru>, [info@vitart-stom.ru](mailto:info@vitart-stom.ru)  
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ**

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

Я, \Patient\, врачом \_\_\_\_\_,  
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.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, повреждению слизистой оболочки, вследствие прикусывания, 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.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации данные мне врачом.

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.

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 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.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"  
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18  
<http://www.vitart-stom.ru>, [info@vitart-stom.ru](mailto:info@vitart-stom.ru)  
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

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.

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

Дополнительных условий мною не выдвигается.

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

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии в ООО «Стоматология на Дровяном».

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \Patient\ /  
(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г