



МЧУ «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «РАМБАМ»

127055, гор. Москва, ул. Образцова, д. 11, стр. 2, стр. 5

Тел.: +7(495) 663 23 55

e-mail: info@rimc-rambam.ru

www.rimc-rambam.ru

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ ЛО-77-01-012493 от 14 июня 2016 г.

Информированное добровольное согласие на местное обезболивание стоматологического лечения

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____

(Ф.И.О. пациента)

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: ранение пациента острыми инструментами, 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 (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:

- **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.
- Интралигаментарная, или внутрисвязочная анестезия - способ местной анестезии, который состоит во введении местноанестезирующего раствора в периодонтальное пространство. Обезболивающее средство инъецируется под более высоким давлением, чем при обычной анестезии. Поэтому интралигаментарную анестезию безопаснее и легче проводить специальными инъекторами, которые за счет редуктора увеличивают мышечную силу руки врача-стоматолога и позволяют развивать сильное давление.
- Стволовая анестезия. Стволовая анестезия проводится у основания черепа для блокады ветвей тройничного нерва. Этот вид анестезии используется в стационаре при оперативных вмешательствах, при тяжелом болевом синдроме, невралгии, травмах.

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.

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.

Эффект обезболивания бывает затруднен в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ или при выраженном эмоциональном стрессе. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на аллергическую реакцию.

Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня (представляемого) болезни, недуги и состояния. 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.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом Медицинское частное учреждение «Медицинский центр «Рамбам» в тех случаях моего (представляемого) обследования и лечения, когда врач сочтет это необходимым.

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись)