

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) – местную анестезию**
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____

{ДатаРожденияПациента} рождения, проживающий(-ая) по адресу:

{АдресПациента}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(серия, номер) _____ (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а), а именно: на проведение местной анестезии и/или аппликационной анестезии, и/или инфильтрационной анестезии, и/или проводниковой анестезии, и/или сочетанной анестезии, и т.д. (далее – местная анестезия).

Медицинский работник

{Врач}

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость в проведении местной анестезии.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемой местной анестезией и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от неё, либо дать своё согласие на проведение местной анестезии.

Я информирован(а) о том, что пунктом 4 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и/или медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами.

Я информирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 23 «Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», утверждённым Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 г. № 92н, в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Я информирован(а) о том, что согласно пункту 16 «Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями», утверждённого Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 г. № 910н, в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Я информирован(а) о том, что местная анестезия будет выполнена в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) в том числе с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эpineфрин» (группировочное наименование).

Последствиями отказа от предложенной мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) местной анестезии могут быть: появление болевого синдрома разной выраженности, интенсивности и продолжительности при инвазивных медицинских вмешательствах стоматологического профиля; развитие кровотечения(-ий); ухудшение визуализации операционного поля; увеличение продолжительности стоматологического(-ых) медицинского(-их) вмешательства/вмешательств; снижение качества стоматологического лечения; а также появление негативных психоэмоциональных последствий, связанных со стоматологическим лечением и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского(-их) вмешательства/вмешательств, которое(-ые) в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) не показаны и/или не безопасны, и/или будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован(а) о том, что альтернативными местной анестезии медицинскими вмешательствами являются: тотальная внутривенная анестезия; комбинированный эндотрахеальный наркоз; комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона); выполнение инвазивного(-ых) стоматологического(-ых) медицинского(-их) вмешательства/вмешательств без какого-либо обезболивания.

Я информирован(а) о том, что при местной инфильтрационной анестезии местное обезболивающее действие лекарственного препарата «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) начинается через 1-5 минут после его введения, а при местной проводниковой анестезии через 9-15 минут после инъекции.

Я информирован(а) о том, что длительность полной местной анестезии с использованием лекарственного препарата «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) при введении его в пульпу (нерв) зуба составляет не менее 80 минут, а при введении в мягкие ткани – от 120 до 240 минут.

Я информирован(а) об противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе артикаина, а именно: известная аллергия и/или повышенная чувствительность к местным анестетикам амидной группы, включая артикаин; известное снижение активности холинэстеразы крови; тяжелые, неконтролируемые или нелеченые нарушения возбудимости и проводимости сердца (АВ-блокада II и III степени, выраженная брадикардия); острые декомпенсированная сердечная недостаточность; выраженная артериальная гипотензия; детский возраст до 4-х лет.

Я информирован(а) о противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе эпинефрина, обладающего сосудосуживающими свойствами, а именно: нестабильная стенокардия; недавно перенесённый инфаркт миокарда (до 6-ти месяцев); недавно перенесённое аорто-коронарное шунтирование (до 3-х месяцев); рефрактерная аритмия и пароксизмальная тахикардия или непрерывная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений; нелеченая или неконтролируемая выраженная артериальная гипертензия; нелеченая или неконтролируемая застойная сердечная недостаточность; закрытоугольная глаукома; гиперфункция щитовидной железы; феохромоцитома; одновременный приём некардиоселективных бета-адреноблокаторов (например, пропранолона).

Я информирован(а) о том, что эпинефрин, как компонент лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) может подавлять высвобождение инсулина поджелудочной железы и, таким образом, уменьшать эффект пероральных гипогликемических средств.

Я информирован(а) о противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе сульфита, а именно: известная аллергия и/или повышенная чувствительность к сульфитам; тяжелая бронхиальная астма.

Добровольно соглашаясь на проведение местной анестезии в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь), я подтверждаю то, что не располагаю достоверной информацией о наличии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) противопоказаний к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование).

Я информирован(а) о том, что при минимальном подозрении на возможную реакцию гиперчувствительности к любому из компонентов лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) перед проведением местной анестезии медицинским работником будут назначены дополнительные исследования на наличие аллергии.

Я информирован(а) о том, что для уточнения диагноза лекарственной аллергии к компонентам местноанестезирующего средства при положительном фармакологическом анамнезе медицинским работником перед проведением местной анестезии будут назначены в том числе провокационные тесты (кожные, подъязычные и в полной терапевтической дозе), которые будут проведены врачом аллергологом-иммунологом в плановом порядке, строго по показаниям, в условиях, приближенных к блокам реанимации и интенсивной терапии специализированной медицинской организации.

Я информирован(а) о том, что проведение местной анестезии в отношении пациентов, имеющих отягощённый аллергологический анамнез, а именно пациентов, имеющих в анамнезе аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальную астму, атопический дерматит, лекарственную аллергию, аллергические реакции на ужаление перепончатокрылых насекомых, аллергические реакции после употребления красного вина и прочие пищевые аллергии, и т.д.) возможно только после планового обследования врачом аллергологом-иммунологом.

Я информирован(а) о том, что местная анестезия с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) категорически противопоказана детям в возрасте младше 4-х лет и/или массой тела меньше 20 кг.

Я информирован(а) о том, что отсутствуют или ограничены данные о безопасном и/или небезопасном выполнении местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) у беременных. Местная анестезия с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) при беременности выполняется только в том случае, если потенциальная польза от её проведения превосходит потенциальный риск для плода.

Я информирован(а) о том, что при проведении местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) артикаин в небольших количествах экскретируется в грудное молоко, однако его воздействие на новорожденных, находящихся на грудном вскармливании, маловероятно при введении препарата матери в терапевтических дозах. Решение о продолжении или отмене грудного вскармливания на фоне проведения местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) принимает медицинский работник.

Я информирован(а) о том, что после проведения местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) кормящая мать должна сцедить первую порцию грудного молока перед возобновлением грудного вскармливания.

В случае проведения местной анестезии выбор анестезиологического пособия (анестетика определенного производителя / торгового наименования и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты и медицинские изделия, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой местной анестезии.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи (медицинского(-их) вмешательства/вмешательств), а именно местной анестезии, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: безболезненное проведение инвазивных медицинских вмешательств стоматологического профиля, выраженный гемостаз, улучшение визуализации операционного поля, а также предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных со стоматологическим лечением и т.д.

Я информирован(а) о том, что местная анестезия с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) является крайне серьёзным медицинским вмешательством и требует моего (лица, законным представителем которого я являюсь) нахождения под наблюдением в медицинской организации в течении 40 минут после проведения местной анестезии.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях местной анестезии, а именно о том, что в 20% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой местной анестезией), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным.

Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях местной анестезии, которые обусловлены главным образом развитием нежелательной реакции на введение местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование):

- анафилактический шок, гиперчувствительность I типа;
- беспокойство и тревожность;
- головная боль, парестезии, головокружение, гипестезия, дисгевзия, периферическая нейропатия, сонливость, обморок, судороги, угнетение сознания, потеря сознания, агезия, большие судорожные припадки, гипергевзия, гипестезия лица, гипотонус, паралич VI черепного нерва, паралич IV черепного нерва, предобморочное состояние, трепор, сенсорное расстройство;
- блефароспазм, дипlopия, снижение остроты зрения;
- боль в ухе, звон в ушах;
- сердцебиение, тахикардия, аритмия, брадикардия, остановка сердца и дыхания;
- кровотечение, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия;
- отёк слизистой околоносовых пазух, апноэ, дисфония, диспnoэ, отёк гортани, отёк глотки, отёк легких;
- гингивит (включая в язвенной форме), диарея, боли в животе, хейлит, запор, сухость во рту, диспепсия, тошнота/рвота, гиперсаливация, повышенная чувствительность зуба(-ов), гипестезия полости рта, отёк тканей полости рта, парестезии полости рта;
- гипергидроз, кожный зуд, сыпь, ангионевротический отёк, крапивница, эритема;
- боль в спине, мышечная скованность, тризм, остеонекроз, отёк тканей лица;
- отёчность, боль, гематома, некроз тканей и воспаление в месте введения местного анестетика;
- астения, озноб, утомляемость, недомогание, жажды, повышение температуры тела;
- боль во время проведения местной анестезии, повреждение тканей полости рта, повреждение нервов и кровеносных сосудов, повреждение V черепного нерва, неправильный путь введения местноанестезирующего средства, внутрисосудистое введение местноанестезирующего средства.

Я информирован(а) о том, что острые нежелательные реакции на введение местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) обычно развиваются в случаях высокой концентрации местного анестетика в плазме крови либо непреднамеренного и быстрого его внутрисосудистого введения.

Я информирован(а) о том, что для уменьшения риска внутрисосудистого введения местноанестезирующего средства медицинским работником всегда выполняется контрольная аспирация как минимум в двух плоскостях, однако отрицательный результат аспирации не позволяет надёжно исключить непреднамеренное и непредвиденное внутрисосудистое введение анестетика.

Я информирован(а) о том, что острые нежелательные реакции на введение местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. угрожают жизни и здоровью и в обязательном порядке требуют оказания экстренной медицинской помощи.

Я даю информированное добровольное согласие на оказание мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, в случае их развития, в том объёме, который определит(-ят) медицинский(-ие) работник(и).

Я информирован(а) о том, что экстренная медицинская помощь при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, может включать в себя в том числе: получение венозного доступа и/или введение лекарственных препаратов, и/или проведение сердечно-лёгочной реанимации (дефибрилляция сердца, ИВЛ, непрямой массаж сердца, трахеотомия/трахеостомия/коникотомия/коникостомия, интубация трахеи, использование ларингеальной маски, использование фаринготрахеальных и пищеводно-трахеальных воздуховодов и т.д.).

Я информирован(а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях на проведение местной анестезии, угрожающих жизни и здоровью, в целях спасения жизни, может быть причинён обоснованный и непреднамеренный вред моему здоровью (здоровью лица, законным представителем которого я являюсь).

Я информирован(а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях на проведение местной анестезии, угрожающих жизни и здоровью, может потребоваться моя (лица, законным представителем которого я являюсь) медицинская эвакуация в специализированную медицинскую организацию.

Я информирован(а) о том, что острые нежелательные реакции на проведение местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. могут привести к серьёзным последствиям для моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья или даже к смерти.

Я информирован(а) о том, что острые нежелательные реакции на проведение местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. могут потребовать длительного лечения и реабилитации в специализированной медицинской организации.

Я информирован(а) о том, что оценка причинно-следственной связи нежелательных реакций на проведение местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) крайне затруднена, поскольку они могут быть обусловлены как основным стоматологическим заболеванием, самой процедурой, так и действием местного анестетика.

Я информирован(а) о том, что курение, а также употребление наркотических веществ и алкоголя могут негативно отразиться на результатах местной анестезии. Я информирован(а) о необходимости следовать рекомендациям медицинского работника, как при подготовке к проведению местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), так и в момент её выполнения, а также после выполненной местной анестезии.

Я информирован(а) о том, что принимать пищу после выполненной местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) можно только после прекращения действия местного анестетика и полного восстановления чувствительности.

Я информирован(а) о том, что решение, когда пациент после выполненной местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) сможет вернуться к управлению транспортными средствами и занятиям другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций, принимает медицинский работник.

Я информирован(а) о том, что после выполненной местной анестезии с применением местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) у спортсменов скрининговые анализы крови могут показать положительный допинг-результат. Артикаин, как компонент местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) не включен в перечень WADA. Эпинефрин, как компонент местноанестезирующего средства «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) включен в перечень WADA, но может применяться как сосудосуживающий препарат в составе местных анестетиков.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать всем рекомендациям медицинского работника.

Я информирован(а) о том, что эффект от местной анестезии (результат, длительность, последствия и т.д.) во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой местной анестезии. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при местной анестезии в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здравья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского(-их) вмешательства/вмешательств выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана диагностики/лечения/реабилитации, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах местной анестезии, а именно обратимой потери чувствительности за счёт прекращения или уменьшения проведения сенсорных нервных импульсов вблизи места инъекции местного анестетика.

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинскому(-им) вмешательству(-ам). Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказатьься от предложенной местной анестезии, либо дать своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на 5-ти страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: {ДатаДоговора}

Пациент (законный представитель): _____ {ФИОПациента}
(подпись) _____ {расшифровка}

Медицинский работник: _____ {Врач}
(подпись) _____ {расшифровка}

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно {ДатаДоговора}, на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): местная анестезия.

--	--	--	--