

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
на применение местной инъекционной анестезии**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ г.р.

полностью соглашаюсь с тем, что проведение местной инъекционной анестезии в ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер» №6 будет проводить медицинский работник:

добровольно даю свое согласие на проведение

мне: _____ (название вида обезболивания)

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

Я информирован лечащим врачом о том, что последствиями отказа от данной операции могут быть:

- невозможность выполнения медицинской манипуляции, появление болевых ощущений.

Мне было разъяснено:

- что инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области;
- 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, которые обусловлены:

- 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 гематомы, отечность в области инъекции, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.
- обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, после употребления алкогольных или наркотических веществ.
- что в ряде конкретных случаев вид медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.
- что современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и шприцев, обычно не дают осложнений.

Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

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 названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедуры; стоимость процедур; сроки оказания процедуры.

Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Я подтверждаю, что в Анкете пациента назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния и что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Меня информировали о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения.

Меня предупредили о факторах риска, и я понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время оказания данного медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен(на) на то, что вид и тактика данного медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента:

_____ / _____ / «__» _____ 202__ г.

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

Беседу провел врач : _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.

(подпись врача)

(расшифровка подписи)