**Информированное добровольное согласие на применение местной**

**инъекционной анестезии**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проинформирован(а) лечащим врачом о необходимости применения местной анестезии и

даю свое согласие на ее проведение.

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и подразумевает одну или несколько инъекции (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.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессивные заболевания, развитие инфекционных осложнении, появление болевых ощущении, а также обострение системных заболевании организма.

Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, временному параличу нервов, а также временному ощущению припухлости этой области.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о том, что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнении. Однако при наличии опасении рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

 ***Если после введения анестетика Вы почувствовали лёгкое головокружение, тошноту, учащенное сердцебиение, позывы в туалет сообщите об этом доктору.***

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.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риск инъекционной анестезии, включая вероятность осложнении.

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

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

**Я подтверждаю согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии.**

Срок действия согласия-12 месяцев с даты подписания.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_