

Информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии № медицинской карты _____

Я, **Иванов Иван Иванович**, «1» января 1980 года рождения,

находясь на лечении в отделении пластической хирургии ООО ЦЭМ «Клуб Красоты», осведомлен(а) о необходимости выполнения мне оперативного вмешательства, требующего проведения местной анестезии, основной целью которого является обезболивание.

Местная анестезия – это вид медицинской анестезии, представляющий собой искусственно вызванное подавление чувствительности, в первую очередь, болевой.

Виды местной анестезии: в зависимости от способа ее проведения, местная анестезия может быть неинъекционной (аппликационная, используется при манипуляциях на слизистой и поверхностных слоях кожи) и инъекционной. Инъекционная анестезия бывает инфильтрационной (анестетик блокирует чувствительность в месте его введения) и проводниковой (введением раствора анестетика блокируется проведение импульса к нерву или группе нервов).

Местная анестезия производится в области предстоящих медицинских манипуляций и предусматривает, в зависимости от вида, либо одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества, либо аппликации анестезирующего вещества.

Продолжительность действия местного анестетика составляет от 30 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения процедуры, появление болевых ощущений. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также к временному ощущению припухлости в данной области.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах местной анестезии, а также о том, что предстоит мне делать во время ее проведения;

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение местной анестезии сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Возможными осложнениями местной анестезии являются:

1. Увеличение частоты сердечных сокращений, нарушения ритма сердца, вплоть до его остановки, снижение или повышение артериального давления;
2. Расстройства дыхания
3. Аллергические реакции вплоть до анафилактического шока
4. Травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами
5. Обострение имеющихся хронических заболеваний

Я понимаю, что невозможно перечислить в данном документе и перечень осложнений не является исчерпывающим. Мне разъяснено и я осознаю, что во время проведения местной анестезии могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика обезболивания может быть изменена врачами по их усмотрению. Я понимаю, что в ходе медицинского вмешательства могут возникнуть обстоятельства, препятствующие его проведению, а также может возникнуть необходимость в проведении других медицинских вмешательств/исследований. В такой ситуации я добровольно предоставляю врачу право поступить в возникшей ситуации в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями и сложившейся клинической практикой. Я согласен (согласна) на применение необходимых медикаментозных препаратов, трансфузии крови и ее компонентов, различных методик их введения и других методов лечения.

В случае развития осложнений местной анестезии, ограничивающих мою дееспособность, информацию о состоянии моего здоровья прошу сообщить в деликатной форме супругу (супруге), одному из близких родственников, иному лицу:

(фамилия, имя, отчество, телефон)

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы касательно степени риска и пользы пособия, врач дал на них понятные мне, исчерпывающие ответы. Подтверждаю, что никаких гарантий относительно результатов и исходов пособия мне не предоставлялось. Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства, влечет для меня правовые последствия. В данный момент я нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Я информирован(а) о приверженности ООО ЦЭМ «Клуб Красоты» принципам конструктивных взаимоотношений с пациентами. Я понимаю, что в случае возникающих проблем, связанных с выполнением анестезиологического пособия, я могу обратиться к анестезиологу, администрации ООО ЦЭМ «Клуб Красоты» с вопросами, претензиями и жалобами.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. На основании ч.1, 2, 5 ст.ст. 19, 20, 22, 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», добровольно даю свое согласие на проведение мне местной анестезии

Иванов Иван Иванович «5» июля 2022 г. ✓ _____

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением медицинского вмешательства, и дал исчерпывающие ответы на все вопросы.

Клепиков Алексей Валентинович «5» июля 2022 г. _____