ООО «Стоматологическая студия «Скульптура Чарли»

Информированное согласие
на проведение местного обезболивание

Я _____
уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести местное обезболивание по поводу стоматологического вмешательства.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым методом обезболивания, видом анестезирующего препарата и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данной процедуры.

Доктор объяснил мне, что использование в современной стоматологии высокоэффективных средств и способов обезболивания позволяет отказаться от небезопасного для организма общего обезболивания в амбулаторной стоматологической практике.

Обследование перед анестезией и стоматологическим вмешательством необходимо для выявления пациентов, которым их проведение противопоказано в целом, либо имеются ограничения к применению отдельных компонентов. В связи с этим, мы просим Вас ответить в КАРТЕ ОПРОСА ПАЦИЕНТА (прилагается к этому документу) на все поставленные вопросы. Это позволит сделать рациональный выбор вида анестезии и обезболивающих средств в соответствии с общим статусом , а также длительностью и травматичностью предстоящего лечения ,что в свою очередь обеспечит высокую эффективность качества обезболивания и лечения с минимальным риском осложнений.

Применение любого лекарственного вещества, включая местные анестетики, сопровождается риском развития неожиданной ответной реакции организма человека. Диапазон этих реакций очень велик: от несущественного дискомфорта , который полностью купируется после прекращения действия препарата , до тех , которые могут оказывать серьезные воздействия на пациента. Поэтому необходимо учитывать следующее: лекарственный препарат оказывает два типа действия – желаемое (клинически необходимое) и нежелаемое (побочное), а также тот факт, что любой препарат обладает токсичностью. Так как каждый организм реагирует на одни и те же воздействия по-своему, то и реакция на проведение местной анестезии будет индивидуальна. Общесоматические осложнения при проведении местной анестезии могут быть следующие: обморок, коллапс , гипертонический криз, приступ стенокардии , инфаркт миокарда, приступ эпилепсии , приступ бронхиальной астмы, анафилактический шок , срыв сердечного ритма и т.д.

Если ранее при проведении обезболивания у Вас возникали осложнения, то просим Вас ответить на следующие вопросы:

Теряли ли Вы сознание ДА НЕТ
Были ли у Вас судороги ДА НЕТ
Наблюдались ли кожные реакции (зуд, сыпь, т.п.) ДА НЕТ
Наблюдались ли дыхательные расстройства ДА НЕТ
Вводились ли какие-либо препараты для купирования осложнения ДА НЕТ
Если ДА ,то какие_____
В каком положении Вы находились в момент наступления реакции _____
Потребовалась ли помощь врача (скорой помощи) ДА НЕТ
На какой лекарственный препарат возникло осложнение_____
Какое количество препарата вводилось_____
Принимали ли Вы какие-либо препараты до момента реакции ДА НЕТ
Можете ли Вы сообщить имя, адрес, телефон того врача,
который проводил лечение в этом случае ДА НЕТ

Кроме того, при проведении анестезии могут наблюдаться местные осложнения, которые объясняются индивидуальными особенностями анатомического строения полости рта (средние анатомические данные или какие-либо другие постоянные величины, определяющие высоту вкола и глубину продвижения иглы ,не всегда совпадают с топографией нервов и клетчатки у конкретного пациента).

Результатом этого может быть:

1. Неполная анестезия, требующая повторного введения анестезирующего препарата.
2. Повреждение нервного ствола.
   Во время обезболивания иногда отмечается кратковременная резкая боль, связанная с соприкосновением иглы с нервом . В большинстве случаев эта боль проходит бесследно, однако иногда впоследствии появляются признаки воспаления нерва , а именно длительное нарушение чувствительности и связанная с этим возможность механической и термической травмы , нарушение вкусовой чувствительности , расстройства речи.
3. Ограничение подвижности нижней челюсти, вследствие травмирования мышечных волокон или токсического воздействия на них анестезирующего препарата.
4. Травма сосудов и образование гематом.
   Челюстно-лицевая область имеет очень хорошо развитую кровеносную сеть в связи с этим, при выполнении анестезии возможно ранение сосудов иглой и образование гематомы, которая рассасывается в течение 5-7 дней.
5. Парез мимических мышц.
   Иногда отмечается парез мимических мышц в результате распространения действия раствора анестетика на двигательные веточки нерва, иннервирующего эти мышцы. Через 1,5-2 часа функция мимических мышц обычно полностью восстанавливается.
6. Перелом иглы. Является крайне редким осложнением. Причинами этого осложнения являются неспокойное поведение пациента и несовершенство методов обезболивания.
7. Воспалительные осложнения после анестезии.
   Использование одноразовых средств и высоких технологий для проведения местной анестезии в настоящее время позволяют определить две причины данного осложнения-снижение общей резистентности организма и высокую обсемененность полости рта микроорганизмами.
8. Некроз слизистой оболочки полости рта и костной ткани в месте распространения раствора анестетика.

Причинами данного осложнения может быть индивидуальная высокая чувствительность тканей к местноанестезирующим композициям.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии. Я проинформировал доктора _____ о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного обезболивания и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат обезболивания. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии и заверения. Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов после проведенного обезболивания.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

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

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента_____

Подпись врача _____

Дата _____