

**Информированное добровольное согласие  
на проведение обезболивания (анестезии) ребенку**

Я, √ \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем

\_\_\_\_\_,  
информирован(-а) лечащим врачом о необходимости местного обезболивания (анестезии) при проведении лечения моему  
ребенку.

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.

Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность оказания медицинской услуги и как следствие, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Я информирован(-а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены в первую очередь, 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 внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), потерю чувствительности, неврит, невралгию, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(-а), что некоторые виды медицинских вмешательств без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Я подтверждаю, что достоверно назвал(-а) все известные, имеющиеся у моего ребенка болезни, недуги и аллергические состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(-а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья моего ребенка.

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.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства мой ребенок не имеет.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на проведение обезболивания (анестезии) ребенку мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.

Настоящим я даю согласие на осуществление местного обезболивания моему ребенку.

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Законный представитель  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

