***\з***

Информированное добровольное согласие на проведение анестезии

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне известно, что стоматологическое лечение возможно потребует проведение анестезии.

**Виды местной анестезии:**

 ***Аппликационная анестезия*** – это нанесение геля анестетика на слизистую полости рта.

 ***Инфильтрационная анестезия*** – это введение обезболивающего вещества по переходной складке слизистой полости рта. Инфильтрационная анестезия обезболивает область 2-3 зубов.

 ***Проводниковая анестезия*** – это введение обезболивающего вещества в области нижней ветви тройничного нерва. Проводниковая анестезия дает эффект обезболивания половины нижней челюсти, части языка, половины губы.

 Анестезия оказывает быстрое действие. Продолжительность анестезии не менее 75 мин.

 Анестезия и методика ее проведения подбираются строго индивидуально с учетом пожеланий пациента, и во многом зависит от состояния зубочелюстной системы пациента.

**Возможные осложнения:**

1. возникновение гематом, чувства онемения и отечности слизистой, болевых ощущений в месте инъекции
2. головокружение, обморок
3. неотложные состояния (коллапс, гипертонический криз, др.)
4. аллергические реакции, вплоть до анафилактического шока
5. инфицирование
6. кровотечения, требующее расширения оперативного вмешательства и \или назначение медикаментов

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_