

Учитывая наличие \_\_\_\_\_

пациенту показано оперативное лечение (медицинское вмешательство) с применением местной (проводниковой) анестезии.

**Информированное добровольное согласие  
на применение местной (проводниковой) анестезии**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_

даю согласие на проведение операции (медицинского вмешательства) \_\_\_\_\_

с использованием местной (проводниковой) анестезии \_\_\_\_\_

в соответствии с результатами обследования в ООО «Ивановская клиника офтальмохирургии» (в соответствии ст. 20 Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

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 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, 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.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я проинформирован (а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Я подтверждаю, что назвал(а) врачу, проводящему местную анестезию, все известные имеющиеся у меня болезни, недуги, состояния. Я подтверждаю, что добровольно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне местной (проводниковой) анестезии.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись и специальность врача \_\_\_\_\_

Учитывая наличие \_\_\_\_\_

пациенту показано оперативное лечение (медицинское вмешательство) с применением местной (проводниковой) анестезии.