**Информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии**

**с использованием лидокаина либо иного лекарственного препарата группы амидов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| г. Санкт- Петербург | « |  | » |  | 20 |  | г. |
|  Я, |

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае,*

*если от имени и в интересах Пациента действует его представитель*

|  |
| --- |
| Я,  |
| (Ф.И.О. представителя Пациента) |
| выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента |  |
|  |
| (Ф.И.О. Пациента, год рождения) |

именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент, в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение мне в ООО «Меди ком» («СМ-Клиника») **следующих видов местной анестезии: аппликационная анестезия, инфильтрационная анестезия, проводниковая анестезия, тумесцентная анестезия с использованием лидокаина либо иного лекарственного препарата группы амидов (далее – местная анестезия). Я проинформирован(-а) о том, что** местная анестезия применяется при медицинских вмешательствах, сопровождающихся болью, и представляет собой временное обезболивание, обусловленное уменьшением болевой и иной чувствительности на ограниченных участках тела, которое обеспечивается блокадой периферической нервной системы на разных уровнях.

Я **выражаю информированное добровольное согласие** на проведение мне следующих видов местной анестезии *(!!! выделить необходимое / подчеркнуть необходимое)*:

* Аппликационная анестезия;
* Инфильтрационная анестезия;
* Проводниковая анестезия;
* Тумесцентная анестезия.

**Я осведомлен(-на),** что **проведение местной анестезии является добровольным** и я имею правоотказаться от любых медицинских вмешательств, или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. **Однако, я также предупрежден(-а), что в отказ от местной анестезии может привести к невозможности выполнения медицинского вмешательства** из-за сильной боли пациента и, следовательно, невозможности лечения заболевания (состояния), послужившего причиной обращения в Клинику. **Кроме этого,** **я также проинформирован(-а)**, что проведение медицинского вмешательства без анестезии либо с использованием ненадлежащего вида анестезии может привести к болевому шоку, потере сознания, ранению пациента во время проведения медицинского вмешательства, обострению хронических заболеваний пациента, включая сердечно-сосудистые заболевания.

Я проинформирован(-а) о том, что на сегодняшний день альтернативами указанным выше видам анестезии являются:

* *Спинальная (эпидуральная) анестезия*. Спинальная анестезия представляет собой введение анестетиков с помощью тонкой иглы в субарахноидальное пространство спинного мозга (между паутинной и мягкой оболочками спинного мозга). Эпидуральная анестезия представляет собой введение анестетиков в эпидуральное пространство (между твёрдой оболочкой спинного мозга и позвоночником) через заранее введённый катетер. Данные виды анестезии несут риск травм спинного мозга, параличей и инвалидизации пациента.
* *Внутрисосудистая и внутрикостная анестезия.* Применяются исключительно во время операций на конечностях.Указанные виды анестезии представляет собой введение анестетиков вблизи нерва, который иннервирует обезболиваемый участок (соответственно внутрь сосуда либо в мыщелку кости). Предварительно на конечность накладывают кровоостанавливающий жгут выше места инъекции. Данные виды анестезии несут повышенный риск интоксикации анестетиками, сосудистых травм, гнойных осложнения, а также риск развития гангрены конечности вследствие длительного сдавливания ее жгутом.
* *Общая анестезия*. Как правило сопровождается бессознательным состоянием пациента и требует обеспечения проходимости дыхательных путей (интубация и др.). Несет значительные риски интоксикации анестетиками и/или аллергической реакции на них. Значительно угнетает дыхание и сердечно-сосудистую деятельность. Существует вероятность остановки дыхания и сердечной деятельности, попаданием рвотных масс из желудка в дыхательные пути и асфиксии, декомпенсацией имеющихся хронических заболеваний внутренних органов и центральной нервной системы. Период после общей анестезии может сопровождаться головными болями, тошнотой, рвотой, частичной амнезией. Имеет значительное количество противопоказаний. Требует наличия у медицинской организации лицензии на анестезиологию и реаниматологию.

Подтверждаю, что **я в доступной для меня форме проинформирован (-а)** обо всех недостатках и преимуществах выше указанных методик и получил подробные ответы на все интересующие меня вопросы.

**Однако, я также проинформирован(-а),** что на сегодняшний день одним из наиболеесовременных, безопасных, высокоэффективных методов обезболивания являются такие *методы местной анестезии как аппликационная*,*инфильтрационная, тумесцентная и проводниковая анестезия,*имеющие ряд преимуществ, среди которых определяющими являются следующие: имеет низкие риски интоксикации и аллергических реакций, малоболезненна, сохраняет пациента в сознании, не угнетает дыхательную и сердечную деятельность, имеет короткий восстановительный период без дискомфортных явлений для пациента.

**Медицинским работником *ООО «Меди ком»*** **Волковым Антоном Максимовичем мне было разъяснено, что:**

* *Аппликационная анестезия* – заключается в нанесении на кожные покровы, раневые поверхности или слизистые оболочки местных анестетиков (лидокаина, тримекаина, промекаина, и других), хорошо проникающих в ткани и воздействующих на чувствительные нервные окончания. Для поверхностной анестезии используют распыление с помощью пульверизаторов растворов местных анестетиков либо их нанесение в виде гелей, мазей и т.д. на слизистую оболочку или кожу. Эффект анестетика начинает действовать через несколько минут после применения препарата и продолжается до 20-50 минут в зависимости от примененного лекарственного средства и его дозировки. Данный вид анестезии вызывает не полную потерю болевой чувствительности, а ее ослабление в зоне применения препарата.
* *Инфильтрационная анестезия* – заключается в пропитывание тканей в области операции раствором местного анестетика, который приходит в непосредственное соприкосновение с нервными окончаниями, блокируя проводимость нервных импульсов. Производится послойным нагнетанием в мягкие ткани анестезирующих препаратов, за счёт чего и происходит пропитывание ими. Для инфильтрационной анестезии вводят внутрикожно тонкой иглой слабый 0,25—0,5% раствор анестетика (новокаина, тримекаина, бупивакаина и т.д.), чем достигается хороший контакт анестезирующего препарата с чувствительными нервными окончаниями. При этом образуется кожный желвак в виде так называемой «лимонной корочки» по ходу предстоящего разреза. Каждый последующий укол иглы должен приходиться по периферии образовавшегося желвака. В дальнейшем анестезию производят послойно, техника ее имеет особенности в зависимости от типа операции. В связи с тем, что большинство местных анестетиков обладают сосудорасширяющими свойствами, для уменьшения всасывания, усиления и пролонгирования эффекта возможно добавление к их растворам сосудосуживающих средств. Потеря болевой чувствительности происходит только в зоне введения анестетика (инфильтрирования анестетиком). Эффект анестезии наступает через несколько минут после введения анестетика в ткани и продолжается до нескольких часов в зависимости от примененного лекарственного средства и его дозировки.
* *Тумесцентная анестезия* – предназначена прежде всего для регионарной анестезии больших по площади участков кожи и подкожной клетчатки. Тумесцентная анестезия является одним из наиболее безопасных и эффективных методов местной анестезии. При тумесцентной анестезии подкожную клетчатку обширно инфильтрируют до полного обезболивания необходимой площади кожи. В результате вокруг венозных стволов создается своеобразная жидкостная «подушка» из анестетика слабой концентрации. Раствор для тумесцентной анестезии включает в себя раствор местного анестетика (как правило, лидокаина), раствор адреналина, раствор натрия гидрокарбоната или натрия бикарбоната. Преимуществами тумесцентной анестезии являются: полная анестезия обширных областей, незначительность кровотечения, следовательно, меньший объем гематом, лучшая резорбция (рассасывание) гематом, пролонгированный эффект местной анестезии, низкий уровень послеоперационной боли, безопасность по сравнению с другими методами анестезии, низкая вероятность повреждения нервов. Эффект анестезии наступает после введения анестетика в ткани и продолжается в течение некоторого времени в зависимости от примененного лекарственного средства и его дозировки.
* *Проводниковая анестезия* – заключается в введении местных анестетиков в область около стволов периферических нервов, а также нервных узлов и сплетений, вызывающее временное прекращение проведения по ним болевых импульсов. Технически проводниковая анестезия представляет собой один или несколько уколов раствора местного анестетика (лидокаина, артикаина, мепивакаина и т.д.) в область, где расположен необходимый для блокады нерв. Для того чтобы регионарная анестезия подействовала, лекарственный препарат должен быть введен в непосредственной близости от нерва - в нескольких долях миллиметра от него. В связи с тем, что большинство местных анестетиков обладают сосудорасширяющими свойствами, для уменьшения всасывания, усиления и пролонгирования эффекта возможно добавление к их растворам сосудосуживающих средств. Потеря болевой чувствительности происходит только на отдельном участке тела относящимся к зоне иннервации нерва (нервного узла) рядом с которым был введен анестетик. Эффект анестезии наступает после введения анестетика в ткани и продолжается в течение некоторого времени в зависимости от примененного лекарственного средства и его дозировки.

**Мне было разъяснено, что задачами местной анестезии** является необходимая временная потеря болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания.

**Я осознаю** также, что медицинский работник может, а в некоторых случаях обязан, отказаться от выполнения ряда медицинских вмешательств без обезболивания из-за невозможности обеспечить безопасность моих (представляемого) жизни и здоровья.

**Я предупрежден, что при анестезии используется, лекарственный препарат, содержащий следующее действующие вещество (далее – действующее вещество):**

* лидокаин
* бупивакаин
* ропивакаин
* прокаин
* артикаин
* иное вещество (вписать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я проинформирован(-а)**, что проведение инфильтрационной, туменсцентной, проводниковой анестезии **может осложниться случайным внутрисосудистым попаданием** действующего вещества (вероятность данного осложнения мала, однако существует). **Я также предупрежден(-а)**, что действующее вещество обладает кардиотоксическим/нейротоксическим эффектом, который не оказывает существенного влияния во время обычного проведения местной анестезии, однако может проявится в случае внутрисосудистого попадания действующего вещества.

Также **я проинформирован** **(-а)** о том, что в некоторых (редких) случаях местная анестезия может вызывать следующие осложнения: *аллергические реакции организма на медикаментозные препараты (вплоть до анафилактического шока),* падение артериального давления, аритмии, головокружение, обморок, коллапс, угнетение дыхания, бронхоспазм, тошнота, рвота, тремор, судороги, потеря сознания, артериальная гипотензия, апноэ, сосудистые и неврологические травмы, потеря чувствительности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы.

Также я **проинформирован** **(-а)** о том, что эффект местной анестезии может быть ослаблен при применении анестезии в области существующего воспаления, рубцовых изменений, после употребления алкогольных или наркотических веществ, или при выраженном эмоциональном стрессе.

**Мне было разъяснено, что существует ряд заболеваний (состояний), при которых проведение местной анестезии может быть противопоказано:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Абсолютные противопоказания:** | **Относительные противопоказания:** |
| * Непереносимость лекарственного препарата либо анестетиков амидного типа вследствие повышенной индивидуальной чувствительности к ним;
* Психические заболевания, сопровождающиеся психомоторным возбуждения;
* Флегмона, другие разлитые гнойные заболевания кожи или подкожной клетчатки (на участке проведения местной анестезии);
* Состояние алкогольного или наркотического опьянения;
* Атриовентрикулярная (AV) блокада 3 степени;
* Гиповолемия;
* Возраст до 6 лет.
 | * Наличие аллергических реакций в анамнезе;
* Эпилепсия, другие заболевания нервной системы, сопровождающиеся судорожным синдромом;
* Заболевания, сопровождающиеся выраженным геморрагическим синдромом, коагулопатия;
* Миастения;
* Хроническая сердечная недостаточность;
* Аритмии;
* Применение антиаритмических лекарственных препаратов;
* Применение антипсихотических лекарственных препаратов;
* Применение хинупристина/дальфопристина;
* Полные и неполные блокады внутрисердечного проведения;
* Порфирия;
* Синдром Мелькерсона — Розенталя;
* Боязнь уколов, сопровождающаяся эмоциональной неустойчивостью;
* 3 триместр беременности;
* Возраст до 10 лет.
 |

**В связи с вышеизложенным, я подтверждаю**, **что поставил(-а) в известность** медицинского работника обо всех проблемах, связанных с моим (представляемого) здоровьем, и обо всех известных мне особенностях моего (представляемого) организма, включая информацию об аллергических реакциях и о гиперчуствительности к лекарственным препаратам и/или иным веществам.
**Я подтверждаю, что поставил(-а) в известность** медицинского работника обо всех лекарственных препаратах, которые я принимаю. **Я** **подтверждаю**, что при предоставлении такой информации действовал(-а) добросовестно, осознавая, что сокрытие или искажение таких сведений может неблагоприятно сказаться на результатах медицинского вмешательства и на состоянии моего (представляемого) здоровья.

**Также я предупрежден(-а) и понимаю, что несмотря на то, что проведение местной анестезии имеет высокий процент клинического успеха,** ввиду специфики медицинской деятельности, индивидуальных особенностей чувствительности организма к анестезирующим препаратам, которые присутствуют у каждого человека, а также в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, невозможно предоставить мне (представляемому) стопроцентной гарантии успешного обезболивания и отсутствия осложнений даже при идеальном выполнении всех этапов местной анестезии.

**Я осознаю**, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в надлежащем обезболивании, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Медицинским работником **мне было разъяснено,** что проведение местной анестезии в Клинике осуществляется в соответствии с правилами санитарно-эпидемиологической безопасности, с использованием только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

**Я понимаю и принимаю** необходимость полного и безоговорочного соблюдения рекомендаций и назначений медицинского работника, в том числе полученных **Рекомендаций после проведения местной анестезии.**

**Я подтверждаю, что мне известно** о возможном появлении серьезных последствий и осложнений, связанных с невыполнением рекомендаций медицинского работника (например, нагноение места инъекции анестезирующего препарата и т.д.).

***Настоящей подписью свидетельствую, что мною был получен на руки бланк Рекомендации после проведения местной анестезии (всего 2 стр.).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  *Дата* |  |  |
|  *Пациент (представитель Пациента)* |  | *(подпись, Ф.И.О.)*  |

**Я также предупреждена(-а)**, что в первые несколько минут после применения (введения) препарата для местной анестезии возможны: *незначительные болевые ощущения в месте инъекции анестезирующего препарата, ощущение ползания «мурашек», онемение.* Медицинским работником **мне разъяснено**, что эти дискомфортные ощущения, как правило, проходят в течение нескольких минут и не требуют специального лечения. Тем не менее, **мне разъяснено**, что **при появлении** этих или других **неприятных и/или болевых ощущений** (*включая тошноту, головокружение, затуманивание зрения или двоение в глазах, сонливость, онемение языка, боли в пояснице или ногах, шум в ушах, одышка, зуд,* ***но не ограничиваясь ими***) **я должен немедленно сообщить о них медицинскому работнику**. **Также я проинформирован(-а)**, что в случае появления после проведения местной анестезии следующих состояний:*покраснение или появление припухлости, повышение местной температуры в районе инъекции анестезирующего средства; длительная (более суток) или нарастающая боль в районе проведенной местной анестезии; кровотечение из места инъекции местного анестетика; образование больших гематом (подкожных кровоизлияний, «синяков»); нарушения чувствительности в районе проведенной местной анестезии*; *нагноение места инъекции анестетика; повышение температуры свыше 38, возникшее в течение двух суток после проведения местной анестезии, не обусловленное явными другими причинами;* *головокружение, обмороки, значительное отклонение артериального давления от обычных показателей в течение 12 часов после проведения местной анестезии;* *появление высыпаний и/или сильного зуда на любых участках тела в течение суток после проведения местной анестезии;* *тошнота, рвота в течение суток после проведения местной анестезии* мне (представляемому) **следует незамедлительно** обратиться к медицинскому работнику Клиники либо в иную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи.

Я осознаю собственную ответственность в самостоятельной оценке моего (представляемого) состояния.

**Я подтверждаю,** что внимательно прочел(-ла) и понял(-а) всю информацию о предстоящем мне (представляемому) медицинском вмешательстве, его целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

**Я подтверждаю, что имел(-а) возможность задать медицинскому работнику все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них удовлетворяющие меня ответы.**

**Будучи проинформированным(-ой) об альтернативных методах лечения и об их особенностях, а также с учетом пояснений и рекомендаций медицинского работника, и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому) в ООО «Меди ком»**  **местной анестезии медицинским работником Волковым Антоном Максимовичем.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства** |  | (подпись, Ф.И.О.) |
| Пациент (представитель пациента)отказался от проведения медицинского вмешательства |  | (подпись, Ф.И.О.) |

*Я свидетельствую, что разъяснил Пациенту (представителю Пациента) суть, ход, риск проведения местной анестезии, дал ответы на все вопросы.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинский работник |  | Волков Антон Максимович. |