

Добровольное информированное согласие пациента/родителя на проведение общей анестезии (наркоза)

ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ или **НАРКОЗ** — это состояние глубокого медикаментозного сна, которая включает несколько компонентов: седация (утрата сознания), анальгезия (утрата болевой чувствительности), миорелаксация (расслабление скелетной мускулатуры), когда пациент во время действия общего анестетика не осознает обстановку, не двигается, не глотает, не откашливается и не чувствует боли. В амбулаторной детской (иногда взрослой) стоматологической практике предпочтительней всего общая анестезия на основе современного ингаляционного анестетика Севофлуран, в комбинации с другими препаратами для наркоза. Севофлуран позволяет безболезненно, быстро и мягко провести вводный наркоз, поддерживать состояние общей анестезии в течение необходимого времени, обеспечивает быстрое пробуждение ребенка по окончании лечения и через 30—60 минут отпустить его из клиники домой. Такая анестезия хорошо управляема и имеет высокую степень безопасности по сравнению с другими видами общей анестезии.

Общая анестезия или наркоз могут иметь побочные эффекты после пробуждения, такие как, ажитация (психомоторное возбуждение, беспричинное беспокойство), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), головокружение, мышечная слабость, которые через определенное время проходят.

Так же имеется риск развития осложнений (очень редко) со стороны внутренних органов, сердечно-сосудистой (нарушение ритма сердца, снижение/повышение артериального давления, остановка сердечной деятельности), дыхательной и центральной нервной системы, аллергия, вплоть до анафилактического шока, аспирация желудочным содержимым (при несоблюдении голодной и сухой паузы), развитие злокачественной гипертермии (генетически обусловленная непереносимость галогеносодержащих анестетиков, например Севорана и миорелаксантов) и т.д, которые могут потребовать смену тактики наркоза или полностью прервать проведение наркоза, оказания экстренной реанимационной помощи и перевода на стационарное лечение в другое лечебное учреждение.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента/родителя/законного представителя (подписывающего данный документ))

находясь в **Стоматологии «TIARA DENTAL CLINIC»**, даю свое согласие на проведение общей анестезии (наркоза) для лечения зубов мне/моему ребенку/лицу, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента)

Я согласен(согласна) с предложенным мне вариантом общей анестезии (наркоза):

- 1) Интубационный наркоз Севораном/Севофлураном и ИВЛ (искусственная вентиляция легких);
- 2) Масочно-ингаляционная анестезия Севораном/Севофлураном;
- 3) также на проведение инвазивных процедур (катетеризация периферической вены (при необходимости центральной/магистральной вены), интубация трахеи, необходимых для проведения общей анестезии.

Я информирован(а) о возможных методах и вариантах общей анестезии, о степени риска и возможных осложнениях.

Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого лечения, я обязан(а) и проинформировал(а) врача анестезиолога обо всех случаях аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в прошлом и в

настоящее время, а также о всех имеющихся у меня/моего ребенка/подопечного заболеваниях и наследственности. Я подтверждаю, что указал(а) все известные имеющиеся у меня/моего ребенка/подопечного болезни: _____

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

Меня информировали о том, что перед общей анестезией (наркозом) последний прием пищи должен закончиться за 6 часов, последний прием воды за 4 часа до назначенного времени. Я подтверждаю дату и время последнего приема пищи ____ ч ____ мин, время последнего питья воды ____ ч ____ мин. « ____ » ____ 202 ____ г.

Я понимаю, что выбор препаратов и методики проведения общей анестезии остается за врачом-анестезиологом, и что по ходу анестезиологического пособия может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

Мне разъяснены характер и частота наиболее серьезных осложнений, которые могут встретиться при проведении общей анестезии (наркоза).

Я предупрежден(а) о режиме послеоперационного поведения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Мне разъяснена необходимость в определенных случаях применения местной инъекционной анестезии врачом стоматологом с целью обезболивания медицинских манипуляций совместно с общей анестезией. В подобных случаях без местной анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Я информирован(а) о возможных осложнениях местной анестезии.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений анестезии, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма/организма моего ребенка/подопечного, стоимость лечения взимается в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на использование общей анестезии (наркоза) и местной анестезии (при необходимости) мне/моему ребенку/подопечному, о чем расписываюсь собственноручно.

ФИО (полностью) пациента/родителя/законного представителя: _____

Подпись _____ Дата и время. " ____ " ____ 202 ____ года. ____ ч ____ мин

ФИО врач-анестезиолог: _____ Подпись _____