

# Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

## АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Находитесь ли Вы сейчас под наблюдением врача? \_\_\_\_\_

Если да, то укажите причины лечения \_\_\_\_\_

Принимаете ли в настоящее время какое-то (назначенное или не назначенное) врачом лекарство? \_\_\_\_\_

Если да, то укажите какое и причины приема \_\_\_\_\_

Имеется ли у Вас кардиостимулятор? \_\_\_\_\_

Было ли у Вас когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства? \_\_\_\_\_

Были ли у Вас необычные реакции на анестетики или лекарства? \_\_\_\_\_

Если женщина, то не беременны ли Вы? \_\_\_\_\_ (укажите срок)

Проводилось ли Вам ранее лечение корневых каналов? \_\_\_\_\_

Приблизительный срок последнего визита к стоматологу \_\_\_\_\_

Есть ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна о Вашем здоровье? \_\_\_\_\_

Пожалуйста, подчеркните заболевание, которое у Вас выявлялось ранее:

СПИД	Алкоголизм	Психические болезни
Инфекционный гепатит	Наркотическая зависимость	Ревматизм
Герпес	Лекарственная зависимость	Синусит (гайморит)
Заболевания сердца	Глаукома	Язвы
Травмы головы/шеи	Мигрень	Анемия
Повышенное АД	Болезни дыхательной системы	Эпилепсия
Диабет	Болезни почек	Астма
Аллергии	Болезни печени	Венерические заболевания

Другие: \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

подпись

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

# Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции, 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, индивидуальной восприимчивости организма, дозы анестетика и техники проведения.

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, проявляющимся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован (а) также об основных преимуществах, сложностях и рисках 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 (ограничение открывания рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкоголя или наркотических веществ.

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

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако, при наличии опасений, рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в Анкете о состоянии здоровья назвал (а) все имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистами соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

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

Пациент: \_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

\_\_\_\_\_  
подпись

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.