



**Реакции, которые возможны в течение суток:**

- болезненность в месте вкола;
- онемение, покалывание в месте вкола, «мурашки», ощущение зуда в зоне анестезии;
- отечность, припухлость;
- слегка затрудненное открывание рта;
- небольшая гематома на слизистой в месте вкола.

Эти реакции являются довольно распространенными, поэтому нет повода для беспокойства.

**Чего не должно быть спустя двое суток и более после анестезии и что потребует участия врача:**

- аллергическая реакция — сыпь в полости рта или на теле, отек в месте вкола (следствие анестезии);
- большой отек в месте вкола, большая гематома (следствие травмы кровеносных сосудов);
- резкая боль в месте вкола;
- неприятный запах изо рта;
- повышение температуры;
- повышение или понижение чувствительности анестезированной зоны;
- затрудненное открывание рта.

Если у Вас появились перечисленные или иные настораживающие состояния, СРОЧНО обратитесь к лечащему врачу.

**Какие меры предосторожности надо соблюдать в течение 1–2 суток спустя после анестезии**

- особо тщательная гигиена (для предупреждения инфицирования места вкола);
- осторожно курить и принимать пищу, чтобы не поперхнуться, не укусить язык, щеку, не обжечься горячим (ощущения могут быть нарушены).

**Что можно сделать самому при проявлении боли (до посещения врача):**

- тщательно соблюдать гигиену полости рта;
- ополаскивать рот дезинфицирующими растворами (фурацилин, хлоргексидин, ромашка, шалфей) – если полоскания не противопоказаны врачом;
- принять анальгетики. Лучше всего на основе парацетамола. В остальных случаях надо посоветоваться с лечащим врачом.

**На какие виды деятельности пациента может негативно повлиять анестезия в течение нескольких часов (не более суток):**

- активная умственная деятельность - возможны замедленные реакции, рассеянность внимания;
- активная речевая деятельность - возможны затруднения в произношении слов, ухудшение дикции;
- вождение автомобиля (в случае увеличения дозы анестетика при большом объеме лечения - врач предупредит особо).

Памятку получил(а) на руки.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: <КЛИЕНТ\_ДАТА\_ДОГОВОРА>