

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (удаление зуба (ов)).

Основание – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне вариантом медицинского вмешательства и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Я, _____ (Ф.И.О. пациента) проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургической операции.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Мне понятно, что после удаления зуба могут возникать ощущения дискомфорта (боль) продолжающиеся до нескольких дней, по поводу которых врач может назначить при необходимости лекарственные препараты. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Осложнения операции удаления зуба могут возникнуть из-за анатомо-физиологических особенностей организма пациента, наличия патологических процессов челюстно-лицевой области и других факторов.

Мне понятно, что удаление зубов верхней челюсти проводится в непосредственной близости к полости носа и верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна носовой полости или пазухи и, как следствие, воспалительные процессы в этой области.

При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости к нижнечелюстному каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:

- Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- Сохранение припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- Повреждение имеющихся зубов, переломы верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба или распространенного воспалительного процесса (абсцесс, флегмона и т.д.), что потребует дополнительного хирургического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Мне разъяснена **необходимость применения местной инъекционной анестезии** с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, который проинформировал меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Врач-стоматолог в понятной мне форме разъяснил, что применение местной анестезии в некоторых случаях может привести к аллергическим реакциям (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок и др.), обмороку, коллапсу, травматизации сосудов и нервных окончаний, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и гематомами, и др.

Меня проинформировали о том, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что **никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явлений и осложнений**. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического лечения.

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

Я информирован(а) о **необходимости соблюдения врачебных рекомендаций** после хирургического вмешательства.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие и понятные для себя ответы. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я разрешаю проведение фото- и видеосъёмки при необходимости для правильной постановки диагноза, составления рекомендованного плана лечения, а также для оценки результатов лечения по его окончании.

Я даю свое согласие на использование информации и описания моего клинического случая, фотографий зубов и полости рта, рентгеновских снимков в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, без указания моего имени и фамилии.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

(подпись пациента)

(Ф.И.О. пациента полностью)

(подпись врача)

(Ф.И.О. врача полностью)

_____ 20__ г.
(дата)