

Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства

УДАЛЕНИЕ ЗУБА

(простое, сложное, с выкраиванием и выпиливанием кортикальной пластинки, ретенированного и полуретенированного зуба, периостотомия)

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я _____
1.2. Настоящим подтверждаю, согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии моего здоровья, а именно о нижеследующем:
1.3. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

_____ (установленный и/или предварительный диагноз)

1.4. О результатах лечения и обследований, проведённых до настоящего момента.
1.5. О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.
1.6. Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения: _____
(все возможные виды и методы лечения: консервативное, оперативное и др.)

1.7. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне указанных в п. 1.4. видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному в п.1.4.

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятна суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания:
2.1. Добровольно в соответствии со ст.32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан даю своё согласие на проведение мне

_____ (наименование манипуляции, процедуры и др.)

3. Я _____ доверяю врачу стоматологу-хирургу _____ провести хирургическую операцию. В исключительных случаях (например, болезнь врача) учреждение может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

4.1. Суть операции _____.
4.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
4.3. Допустимость коррекции врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чём меня уведомит врач.
4.4. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: _____.

4.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно;

- Прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, нарушение общего состояния организма.

4.6. Возможные последствия и осложнения на этапах и после лечения, а именно;

- под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте введения, снижение внимания, гематома, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.
- возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры, лейкопения.
- в процессе операции – кровотечение; натяжение углов рта, с последующим образованием трещин; повреждение соседних зубов и пломб; повреждение нижнего альвеолярного нерва, приводящее к онемению губы, подбородка, дёсен, зубов в прооперированном участке (это может продлиться несколько месяцев); перелом челюсти; вскрытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих нижней челюсти, отлом бугра верхней челюсти.
- после операции – послеоперационный отёк десны и мягких тканей; гематома; воспаление (*альвеолит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона*); требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта или болезненность при глотании в течение нескольких дней или недель.

5. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- Принимать назначенные лекарства.
- не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока рекомендованного врачом.
- не принимать алкоголя и наркотических средств.
- соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки установленные врачом.
- я предупреждён, что курение может осложнить заживление операционной раны.

6. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

7. Мне названы и со мной согласованы:

- Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы в процессе лечения.
- Сроки проведения лечения.
- Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня и обоснует это.
- Лекарственные средства, которые будут использоваться.

8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования;

- Получение ортопантомограммы, прицельного снимка.
- Консультации стоматологов иного профиля _____.
- Консультации врачей общемедицинского профиля _____.

9. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

_____/_____/_____
(подпись Пациента) (Расшифровка подписи)

Дата _____