

Информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство

(операцию удаления зуба, резекцию верхушки корня, цистэктомию, гемисекцию, забор биологического материала для исследований и т.п.)

Приложение

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

" ____ " _____ 20 ____ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Мне _____ врач _____

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: ребенок или лицо, признанное недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

законным представителем, которого является (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) года рождения, проживающий(ая) по адресу _____ сообщил, что показано хирургическое вмешательство.

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.
2. Мне известен предварительный диагноз, а также план необходимого хирургического лечения. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении полного объема лечения, и другие возможные явления, которые могут возникнуть в ходе и после лечения. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.
3. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Если в процессе вмешательства возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие от доктора принятия решения в проведение дополнительных манипуляций, я прошу и уполномочиваю доктора сделать то, что он сочтёт необходимым в такой ситуации. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительных расходов, которые я обязуюсь оплатить.
4. Я проинформирован(а), что последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения могут привести к обострению хронического одонтогенного процесса, с возможным развитием острого воспалительного процесса в надкостнице и околочелюстных мягких тканях (флегмона, абсцесс, лимфаденит), в гайморовой пазухе, прогрессирование деструктивного процесса костной ткани.
5. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:
 - возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры,
 - хирургическое вмешательство может осложниться кровотечением во время операции или после, воспалением надкостницы и околочелюстных мягких тканей, что потребует дополнительного лечения;
 - хирургическое вмешательство на верхней челюсти может осложниться перфорацией гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; в боковом отделе нижней челюсти цистэктомия, гранулэктомия и ампутация корня может осложниться повреждением нижнего альвеолярного нерва приводящее к онемению губы, подбородка, дёсен, зубов в прооперированном участке, что потребует дополнительного лечения; из-за особенностей топографической анатомии и объёмов распространения деструктивного процесса в костной ткани возможно появление показаний к удалению «причинного» зуба;

повреждение соседних зубов и пломб, металлокерамических коронок; перелом челюсти; вывих или подвывих нижней челюсти;

- после хирургического вмешательства могут быть боль в челюсти; послеоперационный отёк десны и мягких тканей; воспалительный процесс (альвеолит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона) требующий дополнительного лечения; экзостозы, которые потребуют дополнительного хирургического вмешательства (удаления); появление синяка на коже, боли в соседних зубах;

6. . Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

7. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, но я также понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

8. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять после хирургического вмешательства. Кроме того, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

9. Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на хирургическое вмешательство мною прочитан, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

10. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом

11. Я принимаю решение осуществить хирургическое вмешательство на предложенных мне условиях.

Подпись пациента

(законного представителя) _____ / _____ / Дата « ____ » _____ 20__ г.