



**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение амбулаторного стоматологического хирургического вмешательства
и анестезиологическое пособие**

(в соответствии со ст.20 ФЗ №323

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.11 г.)

Данный документ не является договором, не предусматривает гарантийных сроков в хирургических протоколах, но предусматривает соответствующую квалификацию врача для проведения данной процедуры, не снимает ответственности с персонала клиники и подписывается пациентом в соответствии с требованиями ФЗ №323.

С моего согласия, подробно и в доступной для меня форме информирован(а) лечащим врачом о состоянии моего стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования (общее обследование - внешний осмотр (пальпацию кожных покровов и лимфоузлов, измерение температуры тела, пульса и артериального давления). Я информирован врачом о наличии стоматологического заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах хирургического лечения и связанными с ним рисками, также последствиях отказа от медицинского лечения. Мне разъяснено, что я должен (должна) поставить врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами.

Я проинформирован(а) о необходимости хирургического вмешательства (удаление зубов и корней, хирургическое лечение десен, пластика уздечек, удаление костных и мягкотканых образований, хирургических разрезов и установке имплантата из сплава титана. Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения (съёмное протезирование и другие). Все положения и термины мне разъяснены врачом и понятны. Я пришел(ла) к выводу, что мне необходимо проведение хирургического вмешательства. Я согласен на проведение фото и видео документации для улучшения качества лечения на этапах составления планов лечения, проведения хирургических протоколов и на этапах диспансерного наблюдения.

Я получил(а) подробные объяснения по плану лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Я понимаю, что рентгенологическое обследование является частью хирургического протокола. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до операции, во время и после операции на этапе повторных осмотров и диспансерного наблюдения (внутриротовые рентгенограммы, панорамная и компьютерная томография).

Обезболивание. Я осознаю риск, связанный с анестезией (апликационной, инфильтрационной и проводниковой), которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, головную боль, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Я понимаю, что может быть индивидуальная реакция на проведение обезболивания, в виде недостаточно эффективного результата, связанного с наличием воспаления в зоне проведения хирургического протокола, приема препаратов, влияющих на эффективность процедуры.

Лечение (Операция). Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и рисках хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

Я осознаю, что стоматология и хирургия не являются точной наукой, и поэтому врачи не могут полностью гарантировать результат. Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, и данная операция имеет определенную степень риска.

Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение).

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, костнозамещающих остеопластических материалов и мембран любого вида на усмотрение лечащего врача для проведения операции.

Я согласен(на), что во время операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решения в угоду моему здоровью и лучшему результату.

Послеоперационный период. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на улучшение состояния мягких и твердых тканей в области зубов.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Осложнения. Я понимаю риск возможных осложнений, что возможно увеличение продолжительности процесса заживления по сравнению с обычным сроком (более 4-6 месяцев), возможны повторные хирургические процедуры для улучшения результата.

Я понимаю, что после операции могут возникнуть осложнения (болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, явления гайморита, ограничение открывания рта, кровотечения, гематомы, воспаление в области десневого края и альвеолярного гребня, неба, заеды, трещины губ и обострение герпетического стоматита и герпеса, связанные с иммунным состоянием организма, обусловленные стрессовой ситуацией).

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или, по его окончании, для того, чтобы свести риски к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс, строго индивидуален по длительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться нескольких дней. Вследствие оперативного лечения также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца и я понимаю, что уровень мягких тканей десневого края соответствует уровню костной ткани. То есть, после проведения мукогингивальной хирургии возможно обнажение шеек и корней зубов, обусловленных недостаточной костной поддержкой в области лунки зуба. Я понимаю, что степень подвижности зуба может привести к его самопроизвольному выпадению из лунки зуба во время проведения хирургического протокола.

Контрольные осмотры и профилактика. Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, согласен(на) являться на профилактические осмотры определенные врачом, а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом. Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на плановые и профилактические осмотры возможно ухудшение состояния десны и костной ткани. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно моего заболевания и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Я доверяю врачам Киришской стоматологической поликлиники и прошу провести хирургическую операцию по удалению зуба, кисты, корней, пластику десен, остеовестибулопластику с применением средств, стимулирующих репаративные и регенеративные процессы в тканях пародонта, хирургическое лечение десен, пластику уздечек, удаление костных и мягкотканых образований, хирургический разрез и установку имплантата из сплава титана, согласно плану лечения.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ(А) ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

Подпись пациента..... (.....)
Фамилия, имя, отчество

«.....».....20.....г.

Подпись врача.....(.....)