ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Приложение к Договору № _____ от _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,_____,

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе_____

и необходимости проведения хирургической операции_____

_____.

(суть операции, на какой зуб, зубы)

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема).

Последствии отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) так же об основных преимуществах и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- возможность сохранение припухлости мягких тканей;
- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- _____.

ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней или недель, в зависимости от вида вмешательства.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменения в процессе операции по показаниям.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением коффердама/оптрагейта (содержат латекс, нитрил, эластомер, полипропилен) на коже лица в области вокруг губ возможно появление покраснения, раздражения, шелушения.

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 информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. 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.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов

ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента
на проведение амбулаторного
стоматологического вмешательства
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на хирургическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован (а) о том, что ортопедический этап лечения будет проведен в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг.

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

Врач Ф.И.О. _____ Пациент Ф.И.О. _____

Подпись _____ Подпись _____

«_____» _____ 20_____ г.