

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (Хирургическое лечение)

В соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургического вмешательства (удаление зубов, операции в полости рта, пластика уздечек, хирургическое лечение десен, лоскутные операции и др.):

(Диагноз и проводимое хирургическое вмешательство)

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

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

Я получила(а) подробную информацию о моем заболевании и рекомендованном плане лечения.

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

Я информирован (а) о риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

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

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

Я информирован(а) согласен(сна) с тем, что даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях могут возникнуть нижеперечисленные осложнения:

- болевые ощущений и кровотечения в течение послеоперационного периода;
- отек мягких тканей, гематомы, изменение цвета десны, губ, языка, формирование рубца, потеря чувствительности;
- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения и зависит от вида вмешательства, индивидуальных особенностей и общего состояния организма, а также от соблюдения рекомендаций лечащего врача.. Возможно потребуется проведение дополнительного лечения для устранения последствий осложнений хирургического вмешательства за отдельную плату по прейскуранту клиники на момент оказания услуги.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа хирургического лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

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

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Я информирован(а) о возможных последствиях во время и поле проведения местной анестезии, а именно: аллергические реакции; отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; ограниченное открывание рта; онемение участков мягких тканей и др.;

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования (ОПТГ, КТ и др.) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом, а также о противопоказаниях и возможных осложнениях при проведении рентгенологического обследования.

Я понимаю, что вредные привычки (курение, алкоголь, наркотики, некоторых лекарственных препараты), наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, травмы, снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, режиму и характеру питания; регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного).

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 предоставил(а) лечащему врачу полную информацию о состоянии своего здоровья, наличие хронических заболеваний и об отсутствии (или наличии) аллергических реакций в прошлом и настоящее время. Я предупрежден о необходимости незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.

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

Я подтверждаю свое согласие на медицинские вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Пациент: _____ / _____

Исполнитель (Врач): _____ / _____

