

***Информированное добровольное согласие
на проведение хирургического лечения***

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем 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 либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: выдан _____	серия _____	номер _____
являюсь _____	законным _____	представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____		
_____	дата _____	рождения _____
		Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Зубная формула», настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Хирургическое лечение может включать:

- Операцию пластики уздечки языка
- Операцию простого рассечения уздечки языка
- операцию пластики уздечки верхней губы
- операцию пластики преддверия полости рта
- операцию пластики десны в области зуба и/или имплантата с забором свободного слизистого и/или десневого трансплантата с твёрдого нёба, бугра верхней челюсти, иных внутриротовых областей
- операцию закрытия ороантрального соустья, исправления иных дефектов мягких и твёрдых тканей
- операцию периостотомии или вскрытия субпериостального абсцесса иных очагов воспаления в челюстно-лицевой области
- операцию цистотомии или цистэктомии с резекцией верхушки корня зуба или без оной, с ретроградным пломбированием корневого канала (каналов) зуба или без оногo.
- Установку формирователя десневой манжеты (ФДМ) в ранее установленный имплантат, установку иных супраструктур, сопряженную с оперативным вмешательством над окружающей десной или без оной.
- Иных оперативных вмешательств челюстно-лицевой области, суть и цели, возможные прогнозируемые и непрогнозируемые осложнения и последствия которых мне разъяснены и понятны

Я проинформирован (а) о том, что, в связи с этим(и) заболеванием(и) о необходимо проведение операции

Я также предупрежден (а) о том, что в случае отказа от вышеуказанных оперативных вмешательств возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ

от оперативного вмешательства может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов. Потери или снижения/увеличения чувствительности в челюстно-лицевой области, вплоть до пожизненной утраты или формирования хронической боли.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден (а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: травма зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит, периостит, абсцесс, флегмона, сепсис и др.), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов и сосудов, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, десны которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, операционное и послеоперационное кровотечение, в том числе требующее дополнительного хирургического вмешательства, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-14 дней.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после той или иной операции являются болевые ощущения и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях предупреждения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я проинформирован (а) что для проведения успешного:

- | | |
|----------------------------|---|
| • терапевтического лечения | ☐ ортодонтического лечения |
| • ортопедического лечения | ☐ пародонтологического лечения |
| • хирургического лечения | |

пациенту необходимо проведение оперативного (хирургического) вмешательства

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: усложнение или невозможность выполнения тех видов терапевтического, ортопедического, хирургического, ортодонтического, пародонтологического лечения, в дополнение к которым предлагается данный вид оперативного пародонтологического вмешательства, а также уменьшение вероятности положительного результата этих видов лечения.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие оперативного вмешательства, замена данного вида хирургического вмешательства иным видом из вышеуказанных, или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя хирургическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Также эти вмешательства применяются исключительно как дополнительные, улучшающие качество иных видов лечения или создающие возможность для проведения иных видов лечения и, следовательно, находятся в прямой зависимости от их нюансов и успешности. При проведении оперативного вмешательства положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. **Мне разъяснено, что в случае отсутствия запланированного результата оперативного вмешательства повторные оперативные и иные виды лечения осуществляются за плату, размер которой будет со мной заранее обговорен, ранее уплаченные средства не возвращаются.**

Врач объяснил мне, и я понимаю, что эффективность любого хирургического лечения зависит от тщательного соблюдения мною индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров у лечащего врача. Контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев, если со мной в устной и иной форме не оговорено другое. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Также я предупрежден (а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о выборе предложенного мне оперативного вмешательства.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент/законный представитель пациента

согласился на медицинское вмешательство _____ / _____

(подпись, Фамилия, И.О.)

Пациент/законный представитель пациента

отказался от медицинского вмешательства _____ / _____