

**Информированное добровольное согласие
на медицинское(-ие) вмешательство(-а) – хирургическое стоматологическое лечение**
(основание: статья 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____,

« ____ » _____ г. р., проживающий(-ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:	
Я, _____	
_____ (Ф.И.О. полностью)	
паспорт: _____, выдан: _____	
_____ (серия, номер)	_____ (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) ребёнка или лица, признанного недееспособным:	
_____ (Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)	

даю информированное добровольное согласие на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а), а именно: удаление временного(-ых) зуба(-ов) и/или удаление постоянного(-ых) зуба(-ов), и/или удаление зуба(-ов) сложное с разъединением корней, и/или резекцию верхушки корня(-ей), и/или вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта, и/или вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса, и/или отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба, и/или вскрытие и дренирование абсцесса полости рта, и/или цистотомия, и/или цистэктомия, и/или пластику альвеолярного отростка, и/или операцию удаления ретинированного, дистопированного, сверхкомплектного зуба, и/или гингивэктомию, и/или лечение перикоронита (промывание, рассечение, иссечение капюшона), и/или гемисекцию зуба, и/или коронарно-радикулярную сепарацию, и/или пластику перфорации верхнечелюстной пазухи, и/или наложение шва(-ов) на слизистую оболочку рта, и/или пластику уздечки верхней губы, и/или пластику уздечки нижней губы, и/или пластику уздечки языка, и/или вестибулопластику, и/или лоскутную операцию в полости рта, и/или гингивопластику, и/или гингивотомию, и т.д. (далее – хирургическое стоматологическое лечение).

Медицинский работник

врач стоматолог-хирург Колычев Борис Викторович

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость в проведении хирургического стоматологического лечения.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым хирургическим стоматологическим лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на хирургическое стоматологическое лечение.

Последствиями отказа от предложенного мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) хирургического стоматологического лечения могут быть: развитие и прогрессирование основного воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление нового воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление новых острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; снижение и/или утрата функциональной способности зубочелюстной системы; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; потеря зуба(-ов); появление и/или усиление болевого синдрома; развитие и/или обострение общесоматических системных патологий (заболеваний); развитие состояний (заболеваний) с высоким риском летального исхода и/или инвалидизации (абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств челюстно-лицевой области) и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства), которые в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован(а) о том, что альтернативным хирургическому стоматологическому лечению методом лечения является медикаментозная антибактериальная и противовоспалительная терапия, либо отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно хирургического стоматологического лечения, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: снижение и/или

Пациент (законный представитель) _____

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

устранение болевого синдрома; предупреждение дальнейшего развития патологического процесса; предупреждение развития и/или купирование, и/или устранение острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; выявление и устранение причины заболевания; сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы; купирование и/или устранение возникших осложнений патологического процесса; повышение качества жизни пациента.

Я информирован(а) о том, что хирургическое стоматологическое лечение, как многоэтапный сложный процесс, требует неоднократного посещения медицинской организации и медицинского работника.

Я информирован(а) о возможных рисках и осложнениях хирургического стоматологического лечения, а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимым хирургическим стоматологическим лечением), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным.

Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях хирургического стоматологического лечения, которые обусловлены индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями организма, а также стадией и характером течения патологического процесса челюстно-лицевой области:

- послеоперационный отёк мягких тканей лица и шеи;
- гематома, кровотечение;
- ограничение открывания рта;
- повреждение кровеносных сосудов и нервных стволов;
- повреждение и/или перелом верхней челюсти;
- повреждение и/или перелом нижней челюсти;
- развитие парестезий, проявляющихся онемением губы, подбородка, языка и т.д.;
- перфорация дна гайморовой пазухи;
- проталкивание фрагмента(-ов) зуба(-ов) и/или фрагмента(-ов) костной ткани в полость гайморовой пазухи;
- проталкивание фрагмента(-ов) зуба(-ов) и/или фрагмента(-ов) костной ткани в нижнечелюстной канал;
- проталкивание фрагмента(-ов) зуба(-ов) и/или фрагмента(-ов) костной ткани в мягкие ткани полости рта;
- повреждение: слизистой оболочки полости рта, мягких тканей полости рта и лица, языка, губ, тканей пародонта и т.д.
- повреждение имеющихся зубов, не связанных с хирургическим вмешательством;
- повреждение: ортодонтических конструкций, ортопедических конструкций (зубных протезов), зубных реставраций и пломб;
- аллергические реакции;
- прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов;
- появление (усиление) болевых ощущений;
- обострение системных заболеваний организма;
- нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с медикаментозной антибактериальной и противовоспалительной терапией и т.д.

Я обязуюсь приходить (обеспечивать приход лица, законным представителем которого я являюсь) на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций (зубных протезов).

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, о наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого хирургического стоматологического лечения. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при хирургическом стоматологическом лечении в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил(а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от медицинского работника указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля, динамического наблюдения и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объёме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлечь

Пациент (законный представитель) _____

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о предполагаемых результатах хирургического стоматологического лечения, а именно: изменение состояния моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), осуществлённое путём профилактики и/или диагностики, и/или лечения, и/или медицинской реабилитации имеющегося(-ихся) у меня (у лица, законным представителем которого я являюсь) заболевания(-ний) и/или состояния(-ний).

Я согласен(-на) на проведение медицинской фото- и видеосъёмки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен(-на) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моём лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению (лечению лица, законным представителем которого я являюсь).

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечёт за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенного лечения, либо дать на него своё согласие.

Я информирован(а), что настоящий документ составлен на 3-х страницах и хранится в моей медицинской документации (медицинской документации лица, законным представителем которого я являюсь).

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 202__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Медицинский работник: _____ / Колычев Борис Викторович /
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « ____ » _____ 202__ г., на предложенное(-ые) мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинское(-ие) вмешательство(-а): хирургическое стоматологическое лечение.

Дата подписания	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. полностью, должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента (законного представителя)
		<u>Колычев Борис Викторович</u>	
		<u>Колычев Борис Викторович</u>	
		<u>Колычев Борис Викторович</u>	
		<u>Колычев Борис Викторович</u>	
		<u>Колычев Борис Викторович</u>	

Пациент (законный представитель) _____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

