

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение
медицинского стоматологического вмешательства в ООО «Центр
стоматологии»:
Хирургическое лечение**

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____, обращаюсь в ООО
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

«Центр стоматологии» для оказания мне/моему представляемому

_____ (Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне(моему представляемому) следующий диагноз:

_____ (заполняется врачом)

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **имплантация** (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), **ортодонтическое лечение** (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и **отсутствие лечения** как такового.

В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня(моего представляемого) клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является хирургическое лечение:

_____ (метод хирургического лечения, заполняется врачом).

Я информирован(на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема. Мне объяснены в доступной форме существующие методы хирургического лечения и их суть, а именно:

- удаление зуба, которое заключается в последовательном обезболивании, извлечении зуба хирургическим инструментом, кюретаже (механическая чистка

лунки зуба), последующей обработки операционной раны, наложении швов по показаниям, применении лечебных и(или) костнопластических материалов в области проведенной манипуляции по показаниям.

- резекция верхушки корня, ампутация, гемисекция корня, коронаро-радикулярной сепарации, заключающиеся в последовательном обезболивании, отслоении (отбрасывании) мягких тканей, проведение (специальными инструментами) разреза в определенной части корня с последующим удалением отсеченной части, последующей обработки операционной раны, наложении швов по показаниям, применении лечебных и(или) костнопластических материалов в области проведенной манипуляции по показаниям.
- иссечение слизистого капюшона, затрудняющего прорезывание третьих моляров, которое заключается в последовательном обезболивании, иссечении мягких тканей десны, мед. обработке краев операционной раны.
- вскрытие поднадкостничного абсцесса, которое заключается в последовательном обезболивании, разрезе мягких тканей и надкостницы, эвакуации гноя, мед. обработке хирургической раны, дренировании раны.
- удлинение коронковой части, которая заключается в последовательном обезболивании, разрезе мягких тканей и отбрасывании лоскута, удалением. при необходимости, незначительной части костной ткани с последующим размещением лоскута в новом положении. В результате чего, разрушенная часть корня оказывается над поверхностью десен и становится возможным проведение манипуляций по восстановлению твердых тканей зуба.
- пластика уздечки (языка, десны), которая заключается в последовательном обезболивании, разрезе мягких тканей десны, отслоении и перемещении слизистого лоскута, наложении швов. По показаниям возможно применение диодного лазера(д.в. 280НМ).
- удаление новообразований, которое заключается в последовательном обезболивании, иссечении новообразования, пластики образовавшегося дефекта, наложении швов. По показаниям возможно применение диодного лазера(д.в. 280НМ)

Я информирован (а) о вероятности возникновения во время проведения хирургической манипуляции и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, таких осложнений как:

- болевые ощущения в области манипуляции;
- кровотечение
- гематома
- сохранения и увеличения припухлости, отека мягких тканей;
- альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба вследствие вымывания кровяного сгустка);
- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта;
- увеличение лимфатических узлов;
- возникновение онемения в области оперативного вмешательства,
- формирование рубца в области оперативного вмешательства;
- перфорация гайморовой пазухи с развитием в последствии синусита(воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к

верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека.

- проникновение фрагмента корня в гайморову пазуху с развитием в последствии синусита(воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека;
- онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями человека;
- отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта;
- осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар;

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней, в зависимости от вида и объема хирургического вмешательства.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта платно по прейскуранту на момент вмешательства.

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть:

- обострение и прогрессирование настоящего заболевания;
- появление, отека, боли, температуры;
- увеличение очага деструкции костной ткани и(или) значительную убыль костной ткани зубочелюстного сегмента, что впоследствии потребует проведения операции по восстановлению костной ткани перед протезированием или имплантацией;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар;

что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое(моего представляемого) здоровье, ухудшить качество жизни.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

Мне доступно разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от данного медицинского вмешательства, и Я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций

(уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи(ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по независящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от

продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв).

1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем(моего представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего(моего представляемого) организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых

лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии(Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных

Факт законности представительства интересов _____

(ФИО представляемого)

подтвержден: _____
(документ представителя)

Подпись врача:

Подпись пациента

_____ (законного представителя): _____ / _____

Дата: ____ / ____ / ____

Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового.