

Добровольное информированное согласие на стоматологическое хирургическое лечение

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

Я _____, находясь на лечении в _____, по моему добровольному желанию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости - анестезиологическое пособие и операции, связанные с лечением моего заболевания.

Я _____
Мне предложено: _____.

Я осведомлен, что указанное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, которая может проявляться парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами. Я согласен(а) на применение анестезии (обезболивания), которую доктор выберет по своему усмотрению.

Я согласен(а) на проведение по показаниям рентгенологического обследования.

Я информирован о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, его основных преимуществах, а так же о сложностях и рисках, включающих возможные осложнения. Такие осложнения могут быть обусловлены анатомическими и физиологическими особенностями человеческого организма. Так, при хирургическом лечении в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной пазухе, возможна перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи. При хирургических вмешательствах вблизи нижнечелюстного канала возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов.

Имеющиеся хронические, либо острые патологические процессы (остеомиелит, кисты и др.) могут привести к прободению твердого неба, нижнечелюстного канала, дна полости носа и придаточной пазухи, переломом кости челюсти, флебитам и другим неожиданным последствиям.

Я осведомлен, что отсутствие регенерации (восстановления ткани) в области послеоперационного дефекта не прогнозируемо и не может привести к необходимости последующего этапа операционного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Мне ясно, что в некоторых случаях осложнения после зубосохраняющей операции принуждают к удалению зуба даже при идеальном ее проведении.

При этом я информирован о других способах лечения (если они существуют), их преимуществах и недостатках. Мне понятно, что только во время операции может быть окончательно определен объем требуемого хирургического вмешательства. Возможно, что после завершения хирургического лечения первоначальный план протезирования будет изменен.

На все поставленные вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я согласен на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я осведомлен о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме до и после операции. Я обязуюсь выполнять все предписания врача и явиться на контрольные осмотры или назначенные процедуры в указанное время.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Подпись пациента _____
Фамилия. И.О. (полностью)

Подпись лечащего врача _____
Фамилия. И.О. (полностью)

Дата _____