

Информированное добровольное согласие на хирургическое лечение (удаление зуба)

Я, _____

(ФИО пациента или его законного представителя)

Даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО лица, от имени которого выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Хирургическое лечение (удаление зуба)

(наименование вида медицинского вмешательства)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен(согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

2. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (удаления зуба), объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

3. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные лечебные процедуры, которые невозможно достоверно в полной мере предвидеть заранее.

4. Решение о проведении хирургического лечения (удаления зуба) принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

5. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: развитие инфекционных осложнений; появление и нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

6. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:
- основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями организма. Хирургическое лечение (удаление зуба) в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

- осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.)

7. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны, онемения в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течение нескольких дней и дольше.

8. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

9. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

10. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я принимаю решение осуществить хирургическое лечение (удаление зуба) на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____ ФИО _____ « ____ » _____ 20__ г.

Подпись врача _____ ФИО _____ « ____ » _____ 20__ г.