



Наша клиника строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
- современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

### **Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

#### **Хирургическое удаление зуба**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем удалении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что удаление будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути процедуры:

2.1 Диагноз (показания к хирургическому удалению): \_\_\_\_\_

2.2 Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

2.3 Последствиями отказа от данной операции могут быть:

- прогрессирование заболевания,
- развитие инфекционных осложнений,
- появление болевых ощущений,
- обострение системных заболеваний организма.

2.4 Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

2.5 Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение 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.).

2.6 Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения.

Может возникнуть отечность десны в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течении нескольких дней и дольше.

2.7 Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленное на пластическое замещение костного дефекта.

Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирования рубца.

2.8 При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаях вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.

2.9 Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

2.10 В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического

(по показаниям) и ортопедического лечения. .

2.11 Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

2.12 Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

3. Мне сообщена и разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

3.1 При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе удаления;
- сроки проведения хирургического удаления.

5. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после ее я осведомлен(а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта.

**Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях удаления зуба и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.**

**Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.**

**Я принимаю решение приступить к удалению зуба на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_