

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Я, _____, соглашаюсь с тем, что на предстоящее хирургическое вмешательство, удаление зуба (зубов), будет проводить врач-стоматолог *Гришанов И. В.*, Клиника ООО «АрктикДент», медицинская лицензия, ЛО41-01019-24/00142049, выданная Министерством Здравоохранения Красноярского Края 12 апреля 2022 года.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (резекция верхушки корня зуба-хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала 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. Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение. Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалов, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов. Я проинформирован(а), что последствия моего отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения могут привести к обострению хронического одонтогенного процесса, с возможным развитием острого воспалительного процесса в надкостнице и околочелюстных мягких тканях (флегмона, абсцесс, лимфаденит), в гайморовой пазухе, прогрессирование деструктивного процесса костной ткани.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры; хирургическое вмешательство может осложниться кровотечением во время операции или после; воспалением надкостницы и околочелюстных мягких тканей, что потребует дополнительного лечения; хирургическое вмешательство на верхней челюсти может осложниться перфорацией гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; в боковом отделе нижней челюсти цистэктомия, гранулэктомия и ампутация корня зуба; хирургическое вмешательство может осложниться повреждением нижнего альвеолярного нерва приводящее к онемению губы, подбородка, десен, зубов в прооперированном участке, что потребует дополнительного лечения; из-за особенностей топографической анатомии и объёмов распространения деструктивного процесса в костной ткани возможно появление показаний к удалению «причинного» зуба; повреждение соседних зубов и пломб, металлокерамических коронок; перелом челюсти; вывих или подвывих нижней челюсти.

После хирургического вмешательства могут быть боль в челюсти; послеоперационный отёк десны и мягких тканей; воспалительный процесс (альвеолит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона) требующий дополнительного лечения; экзостозы, которые потребуют дополнительного хирургического вмешательства (удаления); появление синяка на коже, боли в соседних зубах.

Я проинформирован(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.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною профилактических мероприятий и я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- соблюдать режим в ходе хирургического вмешательства;
- принимать назначенные лекарственные средства, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.);
- соблюдать щадящую диету;
- немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;
- не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом;
- не принимать алкоголя и наркотических средств;
- соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактические осмотры в индивидуальные сроки, установленные врачом.
- Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны и может привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация стоматолога(ов) и(или) других

специалистов.

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений. Врач внимательно осмотрел меня, собрал информацию о моем здоровье в прошлом и настоящем, разъяснил преимущества, риски и сложности предполагаемого метода лечения, альтернативы данному виду лечения и этапы лечения.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мне ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских манипуляций может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций.

Я доверяю врачам принимать необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Я согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения.

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.

Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.

Я согласен на проведение фото и видеосъемки полости рта во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Врач-стоматолог: _____ (Гришанов И. В.)
(подпись)

Пациент: _____ (_____)
(подпись)

Дата _____