

# ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, УДАЛЕНИЕ ЗУБА (ЗУБОВ)

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, \_\_\_\_\_, оглашаюсь с тем, что на предстоящее хирургическое вмешательство, удаление зуба (зубов), будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_, 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 (удаления зуба, зубов), 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 при моем отказе от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения возможны негативные проявления: развитие инфекционных осложнений; появление и нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Мне понятно, что восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт хирургического вмешательства может быть в течении нескольких дней и более.

Я понимаю, что возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры, а также другие проявления, описанные в инструкции к лекарственному средству, назначенному врачом. Я понимаю, что мне необходимо ознакомиться с инструкцией к лекарственному средству и принимать его строго по назначению врача.

Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после хирургического вмешательства (удаление зуба, зубов):

боль, отек, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, убыль костной ткани в области соседних зубов. Хирургическое вмешательство (удаление зуба, зубов) на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения. 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.

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.

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. 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.

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 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: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (подпись)

Пациент: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (подпись)

Дата \_\_\_\_\_