

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11. 2011 г. № 323-ФЗ

Пациент (Ф.И.О.) _____ Врач _____

Возможно выполнение следующих манипуляций:

1. Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое).
2. Операция на альвеолярных отростках:
 - Удаление зуба (зубов) _____
 - Резекция верхушки корня зуба _____
 - Цистотомия / Цистэктомия _____
 - Прочие вмешательства _____

Я осведомлен о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный период строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

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

При этом я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

На все поставленные мною 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 подтверждаю, что в «Карте опроса больного» назвал все известные имеющиеся у меня недуги и болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее, я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время.

Дата _____ Подпись пациента _____ Подпись врача _____

Рекомендации (памятка) получена на руки _____
Дата _____ Ф.И.О. пациента _____ подпись _____