

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на стоматологическое хирургическое лечение**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ «___» _____ г. р. полностью соглашаюсь с тем, что проведение стоматологического хирургического лечения будет оказано медицинским работником _____

Мне сообщена в доступной для меня форме, разъяснена врачом и понятна следующая информация: цели, методы оказания медицинской процедуры, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания данного медицинского вмешательства.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути хирургического лечения в соответствии с поставленным диагнозом, и необходимости лечения в соответствии с рекомендованным Планом лечения. В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция намеченного Плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Меня проинформировали, что при оказании данного медицинского вмешательства возможно выполнение следующих манипуляций (нужное подчеркнуть):

1) Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое).
2) Операция на альвеолярных отростках; удаление зуба (зубов); резекция верхушки корня зуба; цистотомия/ цистэктомия; компактоостеотомия; реплантация зуба (зубов); прочие вмешательства.
Хирургическое лечение болезней пародонта: кюретаж; гингивэктомия; лоскутная операция; гингивоостеопластика; местнопластические операции (вестибулопластика, френулопластика); прочие вмешательства а.

Меня проинформировали о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения.

Мне была сообщена информация, обусловленных анатомо - физиологическими особенностями конкретного пациента:

- о возможных осложнениях в процессе лечения - дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

- при хирургическом лечении в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе - возможна перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи;

- при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти (при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу)- возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти.

- осложнения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.) - возможно прободение дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюсти, флебитов и других неожиданных последствиях;

- о возможных осложнениях после лечения - инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель, болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; в исключительных случаях оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

Мною получена подробная информация,

- что послеоперационный восстановительный период строго индивидуален по длительности и характеру течения;
- 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.

Меня информировали о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Мне было разъяснено моим лечащим врачом:

- что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным способом лечения;
- что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема);
- что в дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

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

Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен/на с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

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

Мною получена информация о технологиях, методах и материалах, которые будут использованы в процессе лечения; о сроках проведения лечения; о стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом; о том, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупреждает о повышении стоимости и обосновывает это. Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет необходим.

Меня проинформировали:

- что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией;
- 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;
- об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений;
- что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения;
- о возможных осложнениях при приеме лекарственных средств, антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов;
- о необходимости проведения рентгенологического контроля во время лечения.

Я обязуюсь, понимая сложность предстоящего лечения, следить за гигиеной полости рта, выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я поставил/а в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил/а правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мною получена полная информация о гарантийном сроке, действующем в ООО «Стом-Дарт-Плюс» на стоматологические услуги, и я ознакомлен/а с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

Я даю согласие что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я информирую лечащего врача о том, что:

Аллергические реакции (лекарственные, пищевые и др.)

ДА. Я имею аллергические реакции _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

а именно на _____
с симптом ами _____

НЕТ. Я не имею аллергических реакций. _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Препараты, содержащие БИСФОСФОНАТЫ (в том числе Пролиа, Бонвива, Зомета)

ДА. Я принимаю данные препараты _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

ДА. Я принимал(а) данные препараты ранее _____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

НЕТ. Я не принимал(а) и не принимаю препараты, содержащие БИСФОСФОНАТЫ

_____ / _____ /
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись пациента) (расшифровка подписи)