Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (хирургическое стоматологические лечение)

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я пациент(ка),_____
даю информированное добровольное согласие на хирургическое стоматологическое лечение в ООО «СТЕП ТУ ДЕНТ» .

Я проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургического вмешательства в соответствии с утвержденным мною предполагаемым планом лечения (удаление зубов, операции в полости рта, пластика уздечек, хирургическое лечение десен, лоскутные операции и др.).

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

Я понимаю, что последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован (а) так же об основных преимуществах и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Мне объяснено, что основные осложнения хирургического вмешательства обусловлены в первую очередь анатомо- физиологическими особенностями организма. Хирургическое вмешательство в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу и ментальному отверстию, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, кровотечения и гематомы. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Возможность болевых ощущений и кровотечения в течение послеоперационного периода;
- Возможность сохранение припухлости мягких тканей, гематомы, потеря чувствительности;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней или недель, в зависимости от вида вмешательства. Часто требуется проведение дополнительного лечения для устранения последствий осложнений хирургического вмешательства.

Я понимаю, что невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые получил(а) исчерпывающие ответы. Вся информация была донесена до меня устно в полном объеме, в понятной и доступной для меня форме.

Мне объяснено, что я могу получить бесплатную стоматологическую помощь по ОМС (Обязательное Медицинское Страхование), обратившись в поликлинику по месту жительства.

Подпись пациента (законного представителя) _____ « »_____20___г.