

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**на стоматологическое хирургическое вмешательство**

Я Иванов Иванов Иванович согласен с этапами хирургического лечения и доверяю его провести врачу

1. Доктор сообщил, что мне показано хирургическое вмешательство. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы стоматологического хирургического лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении полного объема лечения, и другие возможные явления, которые могут возникнуть в ходе и после лечения

1.1. Под влиянием анестезии:

- отек мягких тканей лица, кровоизлияние и гематома в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, редко – ишемия мягких тканей, потеря чувствительности на непродолжительное время

1.2. Под влиянием анальгетиков и антибактериальных препаратов:

- аллергические реакции, изменение витаминного и иммунологического баланса, нарушения состава кишечной микрофлоры, расстройства желудочно-кишечного тракта, высыпания на коже и слизистых оболочках

1.3. В процессе лечения:

- дискомфорт (чувство давления, ощущение хруста), боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей

- кровотечение

- повреждение соседних зубов, пломб и протетических конструкций

- перелом альвеолярного отростка,

- открытие гайморовой пазухи, что потребует дополнительного вмешательства

- вывих или подвывих нижней челюсти

1.4. После лечения:

- повреждение нервов, приводящее к онемению губы, подбородка, десен, зубов, языка со стороны оперативного вмешательства

- инфекция, требующая дополнительного лечения

- появление гематомы на коже и слизистых оболочках, боли и дискомфорт в соседних зубах

- затрудненное открывание рта в течение нескольких дней, недель

- экзостозы, которые потребуют дополнительного хирургического лечения

- оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, во избежание обширной операции по его удалению

- атрофия костной ткани и слизистой оболочки в области операции

2. Врач –стоматолог разъяснил мне сведения о наличии заболевания?

да ☐ нет ☐ подпись _____

2.1. Врач указал мне диагноз и прогноз заболевание ?

да ☐ нет ☐ подпись _____

2.2. Врач разъяснил мне методы лечения и возможные риски?

да ☐ нет ☐ подпись _____

2.3. Врач указал мне возможные варианты медицинского вмешательства?

да ☐ нет ☐ подпись _____

2.4. Врач разъяснил мне варианты последствий и результатов лечения?

да ☐ нет ☐ подпись _____

3. План хирургического стоматологического лечения изложен в истории болезни и подписан мной.

4. Также мне разъяснены необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с предполагаемым планом хирургического стоматологического лечения. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о прохождении хирургического стоматологического лечения.

5. Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого хирургического лечения. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления основного плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуются направление для консультации и лечения в других медицинских учреждениях, мне это понятно и я с этим согласен. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от хирургического лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, осложнениях и особенностях ранее проведенного лечения, наличии лекарственной аллергии, и понимаю, что от достоверности данных сведений зависит исход данного лечения

6. Мне ясна вся важность передачи мной доктору точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, в процессе всего лечения а также выполнение всех полученных от врача и рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом и т.д.

Я понимаю необходимость профилактических осмотров и послеоперационного наблюдения, а также возможность внесения корректив в проводимое лечение

7. Настоящим я даю согласие на осуществление хирургического стоматологического плана лечения.

8.Гарантировать 100% положительный результат проведенного хирургического стоматологического лечения(включая и имплантацию) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после хирургического стоматологического лечения (включая имплантацию). Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов протезирования и лечения. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов и ухода, если они будут сделаны для моего блага.

9.Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне хирургического вмешательства. Особые условия:

Пациент (подпись) _____ Иванов Иванов Иванович «23» октября 2024

Врач(Ф.И.О подпись)

«23» октября 2024