

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

№ _____

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или законного представителя)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрирован(а) по адресу: _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
даю **настоящее информированное добровольное согласие** врачам ООО «ПАНДЕНТ _____» на проведение мне /

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента)

« ____ » _____ года рождения, **амбулаторно-хирургического лечения.**

До начала лечения (медицинского вмешательства) врач _____
(Ф.И.О. врача)

предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а именно о том, что:

1. ЦЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Этиология и патогенез (причины и условия возникновения болезни, происхождение и развитие болезни) данного заболевания связаны с возрастными изменениями зубов и пародонта, местными анатомо-физиологическими условиями, патологией обмена веществ, иммунитета, характера и условий труда человека, с его вредными привычками и несоблюдением гигиены полости рта.

2. МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Методы диагностики, применяемые для верификации (подтверждение и проверка при помощи определенных алгоритмов, процедур) и уточнения данного заболевания: осмотр, пальпация, перкуссия, рентгенологическое исследование.

Возможные методы лечения: иссечение участка слизистой оболочки десны над прорезывающимся зубом, удаление корневой кисты, углубление преддверия полости рта, пластика уздечек языка, разрез слизистой оболочки десны, резекция верхушки корня, резекция корня, удаление 1/2 зуба, удаление зуба, пересадка костного фрагмента, пересадка десневого лоскута, подсадка искусственной костной ткани и донорской костной ткани, пластика дна гайморовой пазухи (синус лифт), пластика десны и слизистой оболочки десневыми лоскутами (подчеркнуть выбранное).

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: выполнение рекомендаций врача, посещение пациентом врача для контрольных осмотров, антибактериальная терапия, плотное ушивание раны, памятки для пациента после манипуляции. После удаления зуба по прошествии 2-х месяцев необходимо пройти консультацию у врача-стоматолога имплантолога по поводу восстановления зубного ряда методом имплантации, т.к. в более поздние сроки постановка имплантата будет затруднена или невозможна.

Методы первичной и вторичной профилактики: соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение профилактических осмотров 1 раз в полгода.

3. РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

В течение нескольких дней возможно ощущение дискомфорта и болезненности, возникновение травматического реактивного отека, синяка – возникают после лечебных манипуляций и требуют принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов. Не исключено возникновение воспаления в области вмешательства (остеомиелит – воспаление костной ткани, гайморит – воспаление гайморовой пазухи), с возможной потерей зубов. Не исключены: перфорация (прободение, сообщение) дна гайморовой пазухи, или нижнего носового хода; повреждение нервных стволов и сосудов с потерей чувствительности (онемение) или болевым синдромом.

После проведения костной пластики возможно рассасывание пересаженной кости без ее прироста с воспалением окружающих тканей и возможным остеомиелитом. Воспаление и отторжение десневых лоскутов. Аллергические осложнения, связанные с приемом лекарственных средств (крапивница, обморок, коллапс, шок).

При воспалении пересаженного костного фрагмента или материала возможно потребуется его удаление.

Возможен перелом челюсти при удалении зуба № _____

При проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматический приступ, подъем артериального давления, гематома, затруднение открывания рта, болезненность в месте укола, травма ветви тройничного нерва с нарушением чувствительности.

Пациенту необходимо проинформировать врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также выполнять все предписания и рекомендации врача.

Женщинам не рекомендуется проводить хирургическое вмешательство во время менструального цикла.

4. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Иссечение участка слизистой оболочки десны над прорезывающимся зубом, удаление корневой кисты, углубление преддверия полости рта, пластика уздечек языка, разрез слизистой оболочки десны, резекция верхушки корня, резекция корня, удаление 1/2 зуба, удаление зуба, пересадка костного фрагмента, пересадка десневого лоскута, подсадка искусственной костной ткани и донорской костной ткани, пластика дна гайморовой пазухи (синус лифт), пластика десны и слизистой оболочки десневыми лоскутами (подчеркнуть выбранное).

В данном случае, с учетом всех полученных клинических данных, врачом Пациенту показано (рекомендовано)

5. ПОСЛЕДСТВИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В течение нескольких дней возможно ощущение дискомфорта и болезненности, возникновение травматического реактивного отека, синяка – возникают после лечебных манипуляций и требуют принятия обезболивающих и антибактериальных препаратов. Не

исключено возникновение воспаления в области вмешательства (остеомиелит – воспаление костной ткани, гайморит – воспаление гайморовой пазухи), а также наступление рисков, перечисленных в разделе 3 «Риски. Связанные с оказанием медицинской помощи». В случае с Пациентом (Заказчиком) в данном конкретном случае наиболее вероятными последствиями медицинского вмешательства являются: _____

6. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При качественно оказанной помощи перспективы и результаты медицинского вмешательства зависят от текущего и последующего состояния здоровья пациента (Заказчика), своевременности его обращения за помощью, размера травмы мягких и твердых тканей при манипуляциях, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача и памятки для пациента, посещения врача для контрольного осмотра.

В результате медицинского вмешательства прерывается патологический процесс, либо устраняются условия, способствующие возникновению и развитию стоматологических заболеваний.

Мне сообщили о том, что на настоящий момент не существует точного способа определения заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

7. ВЫБРАННЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ

После всестороннего обследования лечащий врач предложил мне все возможные способы лечения и, рассмотрев все альтернативные возможности, получив исчерпывающую и в доступной для меня форме информацию о целях, методах, возможных рисках, вариантах и последствиях, а также предполагаемых результатах медицинского вмешательства, я выбираю: _____

При отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений.

Для оказания помощи в данном конкретном случае, с учетом волеизъявления Пациента и исходя из имеющейся клинической ситуации, врачом избраны следующий вариант(ы) медицинской помощи, на применение которого(ых) я (Пациент) даю свое информированное добровольное согласие: _____

_____/ (_____)
(подпись Заказчика) (Ф.И.О. Заказчика)

Исполнитель гарантирует при проведении диагностических, лечебных или профилактических мероприятий, которые могут быть потенциально опасными для жизни и здоровья Заказчика (Пациента), в обязательном порядке проинформировать об этом Заказчика и сообщит Заказчику сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции.

Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки (зоны улыбки и полости рта, зубов), рентгеновских снимков на мероприятиях по повышению уровня квалификации врачей хирургов – имплантологов без указания моего имени и фамилии.

Я согласен на тип анестезии по выбору врача. Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье, а также обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я прошу предоставить мне вышеуказанные медицинские услуги. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Особенности питания, режима, приема медикаментов при данном заболевании зависят от стадии и тяжести заболевания на момент обращения пациента за медицинской помощью, его состояния здоровья.

Мне разъяснено, что медицинские услуги относятся к категории опасных для здоровья, также возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинской помощи или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Настоящее добровольное информированное согласие мною прочитано, осознано и мне понятно, достаточно для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг (медицинское вмешательство). Я доверяю врачу _____ проведение показанного мне лечения (медицинского вмешательства).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения.

От Исполнителя: _____
(врач-стоматолог)

Пациент: _____ / _____
(Ф.И.О.)

Тел: 600-20-20, www.pandent.ru

Литейный пр. д. 45. ул. Восстания, д. 47. ул. Типанова, д. 4. ул. Савушкина, д. 17. ул. Победы, д. 14

Рекомендации для пациентов

После удаления зуба.

1. Сразу после удаления следует плотно сжать зубы, чтобы прижать тампон.
2. Через 20 мин. тампон можно удалить.
3. 2 часа нельзя принимать пищу и пить горячие напитки.
4. В течение 24 часов нельзя принимать горячую пищу и не рекомендуется физическая нагрузка, тепловые процедуры (сауны, бани, горячие ванны), а также употребление спиртных напитков. **Не рекомендуется полоскание** полости рта, кроме случаев, оговоренных с врачом.
5. Не следует трогать лунку руками или любыми посторонними предметами.
6. После удаления зуба края лунки имеют неровную форму. Острые края или дефекты со временем сглалятся.
7. По окончании действия анестезии возможны болевые ощущения - в этом случае рекомендуется прием обезболивающего «Нурофен».
8. В случае кровотечения из лунки следует обратиться к врачу или взять стерильный тампон, положить на лунку и сильно сжать зубы. При непрекращающемся или повторном кровотечении из лунки, при усилении боли необходимо обратиться к врачу.
9. Чистить зубы, в том числе соседние с лункой, необходимо в обычном режиме. Зубной щеткой области лунки можно касаться только после её заживления (не ранее чем через 2 недели). Полоскать рот после чистки зубов в этот период следует осторожно: набрав в рот воды, наклоните голову в одну, затем – в другую сторону и затем сплюньте.
10. Хорошая гигиена полости рта в период после удаления зуба имеет очень большое значение для предупреждения возможных осложнений.

Рекомендации по медикаментозному лечению (нужное вписать):

Рекомендации получил: _____

(Ф.И.О. пациента)