

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение хирургического лечения пациентов младше 15 лет**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.
Приложение №6 к договору возмездного оказания стоматологических услуг № _____

Я соглашаюсь с тем, что хирургическое лечение (удаление зуба, удаление молочного зуба, вскрытие абсцесса, иссечение капюшона, удаление экзостоза, удаление инородного тела, зубосохраняющую операцию, операцию на мягких тканях, хирургическое удаление кисты корня, другое вмешательство: _____)

Пациенту _____, дата рождения _____, будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО «Да Винчи».

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении: цель хирургического лечения, необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с предполагаемым планом хирургического стоматологического лечения. Я понимаю, что хирургическое лечение является сложной биологической процедурой, успешное проведение которой напрямую зависит от индивидуальных анатомических, физиологических, иммунологических особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо, и может привести к необходимости дополнительного оперативного лечения. При удалении молочного зуба допустимо сохранение фрагментов корня зуба, в случае если их извлечение может привести к травме зачатка постоянного зуба.

Я также понимаю, что выздоровление может занять время и будет полностью зависеть от выполнения мной рекомендаций врача.

Я также информирован(а), что в ряде случаев хирургическое лечение является единственным способом достижения желаемого результата.

Я понимаю, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), а также необходимость привлечения других специалистов, в том числе челюстно-лицевых хирургов.

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, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что сообщил(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю необходимость соблюдения гигиены и режима приема прописанных мне препаратов перед операцией и после ее. Я осведомлен(а) о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех рекомендаций врача.

При оказании хирургической помощи результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов, а также правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а также в ходе хирургического вмешательства и после него:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, шок, коллапс;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры; боли в месте инъекции; луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными реакциями или особенностями организма, либо с выположиванием из лунки кровяного сгустка; кровотечение из лунки или разреза, боль, болезненность, отек в области проведения хирургического вмешательства; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным), парестезия в области языка, нижней губы; перелом челюсти, при удалении 7 и 8 зубов перелом челюсти является ожидаемым осложнением; вывих или подвывих височнонижнечелюстного сустава; сообщение полости рта с гайморовой пазухой, что потребует проведения дополнительной операции; гайморит; попадание корня зуба в гайморову пазуху; появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка в период обострения, а также развитие эмфиземы мягких тканей, подъём температуры, развитие гнойных осложнений, рожистого воспаления, флегмоны, остеомиелита; контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием, травмирование мягких тканей полости рта, мягких тканей лица, порезы лица, особенно в случаях, когда пациент нарушает рекомендации не двигаться, не глотать, не разговаривать без предупреждения во время проведения хирургического лечения; боль, болезненность, отёк, развитие воспаления после хирургического лечения, гнойные осложнения после хирургического лечения, флегмона, остеомиелит, появление свищей и другие гнойные осложнения. Атипичное, осложненное или стремительное развитие гнойных осложнений может быть связано с врожденной патологией (например, нарушениями свертываемости крови) или хронической патологией, имеющейся у пациента. формирование рубца; в ряде случаев оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию; необходимость наблюдения у пародонтолога.

Другие виды осложнений в случае отсутствия дальнейшего ортопедического лечения:

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, заболевания позвоночника, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

- последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Пациент _____ (ФИО пациента/ либо законного представителя) «_» _____ 20 г.

Врач _____ / _____ / «_» _____ 20 г.