

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**  
**Хирургическое лечение**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество — полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт, \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_ являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
( Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

настоящим свидетельствую о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог:

В исключительных случаях, например, болезнь врача, ООО «ЦКС «Аврора» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении: цель хирургического лечения, необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с предполагаемым планом хирургического стоматологического лечения.

2.1. 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.

2.2. Я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде случаев хирургическое лечение является единственным способом достижения желаемого результата.

2.3. 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.

2.4. 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.

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

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

2.7. 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;
- 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 выполоскиванием из лунки кровяного сгустка;
- кровотечение из лунки или разреза;
- 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;
- вывих или подвывих нижней челюсти;
- 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 при хирургическом вмешательстве в период обострения, а также развитие эмфиземы мягких тканей;
- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;
- повреждение соседних зубов и пломб;
- натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием;
- формирование рубца;
- в исключительных случаях оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

2.8. 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,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. С условиями о гарантиях ознакомлен(а). Условия принимаю.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля;
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_