

Информированное добровольное согласие на проведение хирургического вмешательства
Удаление зуба

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.

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.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем хирургическом вмешательстве:

Удаление зуба – это хирургическая процедура в стоматологии.

Цель предполагаемого лечения: удаление зуба с неблагоприятным прогнозом.

Альтернативными методами лечения являются: зубосохраняющие операции (строго по показаниям).

Методика операции: в условиях местной анестезии проводится удаление зуба путем люксации (раскачивания) и ротации (поворачивания) вокруг своей оси. Во время сложного удаления выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи турбинного наконечника и специальных фрез, далее зуб удаляется по частям. После удаления на края лунки могут быть наложены сближающие швы.

Возможные осложнения: боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадиирующий характер (распространяться в соседние области); отек мягких тканей челюстно-лицевой области или увеличение имеющегося воспалительного отека при хирургическом вмешательстве в период обострения; гематома (синяк); альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления; боль при глотании; луночковое кровотечение; перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом и/или вывих соседнего зуба; механическое повреждение зачатка постоянного зуба; удаление зачатка постоянного зуба; повреждение десны и мягких тканей полости рта; проталкивание корня зуба в мягкие ткани челюстно-лицевой области; перелом альвеолярного отростка челюсти; обнажение участка альвеолы; вывих нижней челюсти; прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи; перелом нижней челюсти; невралгия нижнего луночкового нерва; невралгия нижнего луночкового нерва; парестезия в области языка или нижней губы.

Возможные последствия отказа от удаления: боли, усиление воспаления в области мягких и костных тканей, прилегающих к зубу.

Обезболивание. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что анестезия может привести к аллергии, анафилактическому шоку, травматизации нервных окончаний. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать гематому, отечность десны, ограничение открывания рта. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено: при остром пульпите; при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; в области зубов нижней челюсти; после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Абсолютные противопоказания к удалению: отсутствуют.

Относительные противопоказания общие: сердечно – сосудистые заболевания, нарушения свертываемости крови, острые инфекционные заболевания, заболевания ЦНС в период обострения.

Относительные противопоказания местные: острая лучевая болезнь, язвенные гингивиты и стоматиты, сифилис, ВИЧ – инфекции, туберкулез, предраковые и опухолевые заболевания твердых и мягких тканей полости рта. После лечения и улучшения состояния зуб может быть удален.

Предполагаемые результаты и прогнозы. После удаления зуба может возникнуть ряд изменений, которые могут варьироваться в зависимости от общего здоровья пациента, местоположения удаленного зуба и метода удаления:

1. **Боль и отек:** после удаления зуба обычно возникает боль и небольшой отек в месте процедуры. Это может продолжаться несколько дней, и врач может назначить обезболивающие препараты и дать рекомендации.
2. **Заживление раны:** обычно занимает несколько недель. Важно соблюдать рекомендации врача относительно ухода за раной, чтобы избежать инфекций и обеспечить правильное заживление.
3. **Изменение прикуса:** удаление зуба может влиять на прикус, особенно если этот зуб важен для правильного распределения нагрузки при жевании. В некоторых случаях может потребоваться протезирование для восстановления правильного прикуса.
4. **Возможные проблемы с прилегающими зубами:** после удаления зуба соседние зубы могут начать перемещаться, что может привести к изменениям в прикусе. В некоторых случаях может потребоваться ортодонтическое вмешательство.
5. **Постоянные зубные импланты или мосты:** если удаленный зуб важен для сохранения зубного ряда, врач может порекомендовать замену его зубным имплантом или мостом.
6. **Возможное появление дезинтеграции костной ткани:** после удаления зуба может произойти дезинтеграция костной ткани в месте удаления. Это может повлиять на структуру челюсти и осложнить будущие зубопротезные вмешательства.
7. **Временные изменения в речи и жевании:** некоторые пациенты могут заметить временные изменения в речи и жевании после удаления зуба, но с течением времени они обычно улучшаются.

Важно! результаты могут различаться для каждого человека и рекомендуется тщательно следовать инструкциям врача для минимизации возможных осложнений и обеспечения успешного заживления.

Рекомендации после удаления зуба:

1. **Соблюдайте покой и избегайте физической активности:** несколько дней после удаления зуба избегайте интенсивных физических упражнений, так как это может спровоцировать кровотечение и усилить отек.
2. **Принимайте прописанные препараты:** если врач назначил вам обезболивающие или противовоспалительные препараты, принимайте их согласно рецепту.
3. **Применяйте лед:** для уменьшения отека наносите холод на область лица близ места удаления зуба. Используйте лед в течение первых 24 часов после процедуры.
4. **Избегайте курения и алкоголя:** курение может замедлить процесс заживления и увеличить риск осложнений. Также рекомендуется воздерживаться от употребления алкоголя в первые несколько дней.
5. **Не попадайте в зону удаления зуба:** избегайте прикосновения языком, пальцами или другими предметами к области, где был удален зуб, чтобы избежать инфекции и нарушения заживления.
6. **Промывание рта:** следуйте указаниям врача относительно промывания рта. Это может включать использование теплой солевой воды или другого рекомендованного раствора.
7. **Избегайте жесткой пищи:** в первые несколько дней после удаления зуба избегайте твердой или горячей пищи, чтобы предотвратить травмирование раны.
8. **Соблюдайте гигиенические меры:** бережно чистите зубы вокруг места удаления, избегая прямого контакта с раной. Врач может предложить специальные инструкции по уходу за раной.
9. **Следите за питанием:** питайтесь бережно и избегайте прямого контакта с местом удаления. Предпочтительно выбирать мягкую и полужидкую пищу.
10. **Следите за признаками осложнений:** если возникают сильная боль, кровотечение, отечность или другие необычные симптомы, немедленно обращайтесь к врачу.

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала ООО «ЦКС «Аврора».

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что врачом стоматологической клиники ООО «ЦКС «Аврора» мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников ООО «ЦКС «Аврора» либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

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 _____