

**Информированное добровольное согласие на
медицинское (-ие) вмешательство (-а) – хирургическое стоматологическое лечение**
(основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____

(« ____ » _____ г. р., проживающий (-щая) по адресу: _____),

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(номер, серия) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а), а именно: удаление временного (-ых) зуба (-ов) и/или удаление постоянного (-ых) зуба (-ов), и/или удаление зуба (-ов) сложное с разъединением корней, и/или резекцию верхушки корня (-ей), и/или вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта, и/или вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса, и/или отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба, и/или вскрытие и дренирование абсцесса полости рта, и/или цистотомию, и/или цистэктомия, и/или пластику альвеолярного отростка, и/или операцию удаления ретинированного, дистопированного, сверхкомплектного зуба, и/или гингивэктомию, и/или лечение перикоронита (промывание, рассечение, иссечение капюшона), и/или гемисекцию зуба, и/или коронарно-радикулярную сепарацию, и/или пластику перфорации верхнечелюстной пазухи, и/или наложение шва (-ов) на слизистую оболочку рта, и т.д. (далее - хирургическое стоматологическое лечение). Медицинский работник _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) после выполненной диагностики обосновал необходимость в проведении хирургического стоматологического лечения. Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым хирургическим стоматологическим лечением и, в соответствии со своей волей, мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на хирургическое стоматологическое лечение. **Последствиями отказа от предложенного мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, хирургического стоматологического лечения могут быть: развитие и прогрессирование основного воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление нового воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление новых острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; снижение и/или утрата функциональной способности зубочелюстной системы; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; потеря зуба (-ов); появление и/или усиление болевого синдрома; развитие и/или обострение общесоматических системных патологий (заболеваний); развитие состояний (заболеваний) с высоким риском летального исхода и/или инвалидизации (абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств челюстно-лицевой области) и т.д.** Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства), которые в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) будут иметь меньший клинический успех. **Я информирован (-а) о том, что альтернативным хирургическому стоматологическому лечению методом лечения является медикаментозная антибактериальная и противовоспалительная терапия, либо отсутствие лечения как такового.** В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии. **Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно хирургического стоматологического лечения, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: снижение и/или устранение болевого синдрома; предупреждение дальнейшего развития патологического процесса; предупреждение развития и/или купирование, и/или устранение острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; выявление и устранение причины заболевания; сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы; купирование и/или устранение возникших осложнений патологического процесса; повышение качества жизни пациента.** **Я информирован (-а) о том, что хирургическое стоматологическое лечение, как многоэтапный сложный процесс, требует неоднократного посещения медицинской организации и/или медицинского работника.** **Я информирован (-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях хирургического стоматологического лечения, которые обусловлены индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями организма, а также стадией и характером течения патологического процесса челюстно-лицевой области:** послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровотечение;

ограничение открывания рта; повреждение кровеносных сосудов и нервных стволов; повреждение и/или перелом верхней челюсти; повреждение и/или перелом нижней челюсти; развитие парестезий, проявляющихся онемением губы, подбородка, языка и т.д.; перфорация дна гайморовой пазухи; проталкивание фрагмента (-ов) зуба (-ов) и/или фрагмента (-ов) костной ткани в полость гайморовой пазухи; проталкивание фрагмента (-ов) зуба (-ов) и/или фрагмента (-ов) костной ткани в нижнечелюстной канал; проталкивание фрагмента (-ов) зуба (-ов) и/или фрагмента (-ов) костной ткани в мягкие ткани полости рта; повреждение: слизистой оболочки полости рта, мягких тканей полости рта и лица, языка, губ, тканей пародонта и т. повреждение имеющихся зубов, не связанных с хирургическим вмешательством; повреждение: ортодонтических конструкций, ортопедических конструкций (зубных протезов), зубных реставраций аллергические реакции; прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с медикаментозной антибактериальной и противовоспалительной терапией и т.д.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта. **Я информирован (-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций (зубных протезов).**

Со своей стороны, я высказал(-а) все жалобы, проинформировал(-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого хирургического стоматологического лечения. Мне объяснено, и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского (-их) вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах хирургического стоматологического лечения, а именно стабилизация патологического процесса (отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики).

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) ответы. Я получил(-а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(-а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие. Настоящий документ составлен на 2-х страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись)(расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « ____ » _____ 20__ г., на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а) - хирургическое стоматологическое лечение:

Дата	Номер зуба (-ов)(ВОЗ), хирургическое (-ие) вмешательство (-а)	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О., (полностью), должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента/законного представителя