

**э**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона К 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.*

Я, {ФамилияИмяОтчество}

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения хирургического вмешательства, на основании данных обследования и диагностики, получил (а) от медицинских работников и врача ООО ЦЭМ «Консул СТ» интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Я понимаю, что хирургическое лечение является вмешательством в биологический организм, сопровождающееся болевой реакцией организма. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч, для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление

* болей (как при наличии любой раны),
* отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них),
* воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства),
* кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма),
* повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации,
* ограничивание открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда, отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства. Контролировать течение послеоперационного периода может врач только при моем своевременном обращении и при условии соблюдения всех рекомендаций.

Мне были объяснены возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту. На основании полученных сведений, мною выбрано оперативное вмешательство (хирургическое лечение), отраженное в плане лечения, предварительно согласованном со мной.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {ФамилияИмяОтчество}

*(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)*

Врач: /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}

*(подпись) (фамилия, имя, отчество)*

Дата: {ТекущаяДатаПолная} г. **Памятка получена на руки** *(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Зуб | Диагноз | Подпись врача | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |