

**Информированное добровольное согласие на**

**Удаление зуба(ов) в ООО ЦЭМ «Консул СТ»**

Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: ст. 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Постановления Правительства РФ от 04.10.20122 № 1006  ["Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Приказа Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051Н “Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства”

Я {ФамилияИмяОтчество}

 (фамилия, имя, отчество пациента)

|  |
| --- |
| *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  |

проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургической операции удаления зуба\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, удаление зуба в этом случае вызовет перфорацию гайморовой пазухи и необходимость новой хирургической операции для закрытия сообщения пазухи с полостью рта. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области в виде одонтогенного гайморита. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно повреждение нервов, онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков и кровотечений. При удалении зуба возможен отлом межкорневой перегородки и стенок альвеолярного отростка

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области, также могут включать в себя в редких случаях развитие воспалительного инфильтрата тканей ЧЛО, развитие абсцесса или флегмоны.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Я осведомлен, что при удалении зуба врач вынужден делать упор хирургического инструмента на соседний зуб и тем самым может нарушить целостность или адгезию реставрации этого зуба (пломбы или коронки). В таком случае ответственность за изготовление новой реставрации ложится на пациента.

Я уведомлен о том, что даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и **в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные осложнения:**

* Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
* Сохранение припухлости (отёка) мягких тканей, гематомы, кровотечение;
* Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
* Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов, боли при жевании;
* В крайне редких случаях - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течение нескольких дней и более.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к атрофии кости и необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство проводиться не может.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, онемение мягких тканей, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости после операции соблюдать полный покой: соблюдать щадящую диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы.

Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, графика визитов и режима лечения, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчество}

 (подпись пациента, родителя или закон.представителя) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} ДАТА: {ТекущаяДатаПолная} г.

 (подпись врача) (расшифровка подписи)

Данное Информированное Добровольное Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты

Памятка после удаления зуба выдана на руки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_