

# Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое хирургическое лечение в стоматологии «Консайз».

Консультирующий врач \_\_\_\_\_

## Возможно выполнение следующих манипуляций:

- Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое); - Удаление зуба(ов); - Резекция верхушки корня зуба(ов); - Цистотомия/Цистэктомия; - Компактоosteотомия; - Реплантиция зуба(ов);

Прочие вмешательства

## Хирургическое лечение болезней пародонта:

- Кюретаж; - Гингивотомия; - Гингивэктомия; - Лоскутная операция; - Гингивоosteопластика; -

Местнопластические операции (вестибулопластика, френулопластика). Прочие вмешательства

Я осведомлен о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и пост инъекционными гематомами.

Я информирован также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность общих осложнений: боли, кровотечения, повышения температуры тела. Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь, анатомо – физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, давности данного заболевания, своевременного обращения, наличием сопутствующих заболеваний. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (наличие гранулем, остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

Мне понятно, что послеоперационный реабилитационный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения, в области операционного вмешательства формирования рубца.

При этом я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, сто только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оперативного вмешательства для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья или же приостановить дальнейшее вмешательство.

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, я так же согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что в «карте опроса пациента», назвал все известные имеющиеся у меня заболевания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалиста, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее, я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

ФИО врача \_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата заполнения:

---

В случае отказа от рекомендованного лечения:

Я \_\_\_\_\_, отказываюсь от предложенного мне стоматологического хирургического лечения, в связи с (указать причину) \_\_\_\_\_ . Я осведомлен о прогрессировании заболевания, возникновения инфекционных осложнений. О последствиях предупрежден, претензий к врачу не имею.

ФИО врача \_\_\_\_\_

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Дата заполнения:

Настоящее информационное согласие является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического пациента форма № 043/у утвержденной приказом № 332 Министра Здравоохранения РК от 08.07.2005 г.