

645-93-67

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОПЕРАЦИЮ ПО УДАЛЕНИЮ ЗУБА

Я, , года рождения, являясь

законным представителем недееспособного , года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования для выполнения представляемому операции по удалению зуба(ов).

Медицинский работник в доступной для меня форме дал разъяснения о целях и методах операции, объяснил в понятной форме план лечения, включая ожидаемые результаты, риски, альтернативные методы, которые возможны при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также - необходимые исследования и врачебные манипуляции, связанные с этим.

До начала процедуры я получил(а) от врача интересующую меня информацию о предстоящей операции, с тем, чтобы я мог(ла) либо дать свое согласие на её проведение, либо отказаться от неё.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение представляемому

(полное наименование стоматологического хирургического лечения)

Я настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной форме меня проинформировали о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у представляемого заболевания зубо-челюстной системы.

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления зуба(ов) возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению зуба заключается в удалении зуба или его части из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных ситуаций в полости рта инструментов. При некоторых заболеваниях (аномальное расположение зуба, использовавшийся ранее резорцин-формалиновый метод и другие) врачу необходимо препарировать кость в области удаляемого зуба или его части для обеспечения доступа.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: удаление зуба не полностью, травма других зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня, а также хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются болевые ощущения в области удаленного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов представляемому необходимо обратиться в медицинскую организацию для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Даю свое согласие на фото и видеосъемку в процессе лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на операцию костной пластики представляемому в предложенном объёме.

Законный представитель _____

Врач _____

Дата