

645-93-67

**Информированное добровольное согласие на хирургическое лечение в стоматологии
несовершеннолетнего (недееспособного)**

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 получения стоматологической хирургической помощи.

Медицинский работник в доступной форме разъяснил цели и методы оказания стоматологического хирургического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем лечении, которая включает в себя: удаление зуба(ов), оперативное вмешательство в зубочелюстную область.

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение представляемому

(полное наименование стоматологического хирургического лечения)

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по независящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а), что целью хирургического стоматологического лечения является сохранение зубов или сохранение корней зубов для дальнейшего ортопедического или другого вида стоматологического лечения.

Я информирован(а), что методы хирургического стоматологического лечения включают в себя следующие: удаление зуба, резекция верхушки корня, ампутация, гемисекция корня, коронаро-радикальная сепарация, иссечение слизистого капюшона, затрудняющего прорезывание третьих моляров, вскрытие поднадкостничного абсцесса, удлинение коронковой части зуба, пластика уздечки языка, десны, удаление новообразований.

Я информирован(а), что альтернативой хирургическому лечению, являются терапевтические методы лечения, медикаментозное лечение или отказ от лечения.

Я информирован(а), что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления, что может привести к следующим неблагоприятным последствиям:

1. обострение и прогрессирование заболевания, появление отёка, боли и температуры;
2. увеличение очага деструкции костной ткани и (или) значительную убыль костной ткани зубочелюстного сегмента;
3. возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар.

Я информирован(а), что результатом хирургического лечения зубов является прекращение болевых ощущений, восстановление функциональных возможностей зубов и их сохранение.

Я информирован(а), что в процессе и после хирургического лечения могут наступить неблагоприятные последствия и есть вероятность развития следующих осложнений:

1. болевые ощущения в области манипуляции, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, при этом может потребоваться приём антибиотиков, обезболивающих,

- десенсибилизирующих препаратов;
2. кровотечение, гематома, сохранение и увеличение припухлости, отёка мягких тканей, альвеолит (воспаление лунки удалённого зуба), повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
 3. тризм (ограниченное открывание рта), увеличение лимфатических узлов, возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца в области оперативного вмешательства;
 4. перфорация гайморовой пазухи или проникновение корня в гайморову пазуху с развитием в последствии синусита (воспаление околоносовых пазух), при хирургическом вмешательстве в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека;
 5. онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу обусловленные анатомо-физиологическими особенностями человека;
 6. отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта;
 7. осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющихся хронических либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области;
 8. возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации для стационарного лечения.

Я информирован(а), что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален, его длительность и характер зависят от анатомо-физиологических особенностей человека, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений и от вида и объёма хирургического вмешательства.

Я информирован(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку является следствием индивидуальной реакции организма.

Я информирован(а) о том, что невозможно точно гарантировать положительный результат проведённой операции (хирургического вмешательства) и в дальнейшем может потребоваться хирургическое или какое-либо другое лечение.

Я информирован(а), что во время оперативного вмешательства возможна ситуация, при которой, потребуются дополнительное хирургическое вмешательство или возможно повреждения соседних (смежных) зубов, коронок и пр., вывих или перелом челюсти.

Я информирован(а), что во время оперативного лечения общее состояние представляемого может измениться в худшую сторону, что потребует от врача дополнительных врачебных действий, направленных на стабилизацию состояния представляемого и даю своё согласие на это.

Я доверяю лечащему врачу и даю своё согласие принимать любые решения и медицинские действия, основанные на его профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить все рекомендации и назначения, которые врач сочтёт необходимыми во время и после настоящего лечения.

Я информирован(а), что при стоматологическом лечении имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой. И в таких случаях я не буду предъявлять претензий к лечащему меня врачу и к медицинской организации.

Я информирован(а) о необходимости контрольного осмотра в назначенное время для выявления и предупреждения возможных осложнений.

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, понятны и добровольно даю своё согласие на стоматологическое хирургическое лечение представляемому в предложенном объёме.

Законный представитель _____

Врач _____
Дата _____