

Информированное добровольное согласие на проведение лечения альвеолита

город Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____
(ФИО лица, которое подписывает согласие)

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю согласие на проведение

(ФИО пациента – указывается в случае, если согласие подписывается законным представителем пациента)

процедуры лечения альвеолита в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- устранение воспалительного процесса в лунке удаленного зуба,
- предотвращение осложнений (распространение инфекций, остеомиелита),
- ускорение заживления пораженных тканей.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

Врачом мне было разъяснено, что медицинское вмешательство включает в себя следующие этапы:

- осмотр и диагностика пораженной лунки,
- обезболивание области вмешательства (при необходимости),
- кюретаж лунки (удаление некротических тканей и остатков сгустка),
- промывание лунки антисептическими растворами,
- наложение стерильной повязки или введение лекарственных препаратов,
- назначение антибактериальной и противовоспалительной терапии.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: консервативная терапия (антибиотики, противовоспалительные препараты без хирургического вмешательства), физиотерапевтические процедуры (по показаниям).

Мне понятно, что выбор метода лечения альвеолита определяется врачом исходя из степени тяжести и особенности клинического течения заболевания.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав альтернативный вид медицинского вмешательства и возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на проведение мне процедуры лечения альвеолита.

4. Противопоказания

Абсолютные противопоказания: наличие острых инфекционных заболеваний, сахарного диабета; нарушение свертываемости крови (тромбоцитопения); хронические заболевания печени и почек, сердечно-сосудистые заболевания; неустойчивое психоэмоциональное состояние пациента; аллергия на анестетики (лекарственные препараты, которые используются для снижения болевых ощущений).

Относительные противопоказания: беременность и период грудного вскармливания; обострение хронических заболеваний.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), кровотечение, рецидив воспаления, образование рубца.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра.

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемым результатом для здоровья пациента является устранение воспаления, ускорение заживления лунки, восстановление нормального состояния полости рта.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые 1–3 суток после устранения воспалительного процесса возможна небольшая отечность и болезненность в месте вмешательства.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: соблюдать назначенную лечащим врачом антибактериальную терапию, гигиенический уход за полостью рта.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не беспокоить место вмешательства, поддерживать гигиену полости рта, в течение трех часов после медицинского вмешательства не есть и не пить никаких напитков, кроме воды.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: обострение скрытых инфекций (вирусных, грибковых, бактериальных), отечность, инфицирование раны, остеомиелит челюсти (гнойное воспаление нижней или верхней челюсти), периостит челюсти (острое воспаление надкостницы), абсцесс (острый воспалительный процесс) окружающих мягких тканей, лимфаденит (увеличение лимфатических узлов).

Я информирован(а), что медицинское вмешательство не может гарантировать 100% достижения результата, в том числе из-за:

- индивидуальных особенностей организма,
- в случае неинформирования врача о наличии указанных в разделе 4 противопоказаний,
- невыполнения мной рекомендаций врача.

Я ознакомлен(а) с настоящим информированным добровольным согласием, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, в полном объеме. Я подтверждаю, что располагал(а) достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также для того, чтобы принять решение о согласии на медицинское вмешательство.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, которому доверяю информацию, контактный телефон)

Подпись Пациента _____ (_____) « _____ 20__ г.

В случае недостижения на момент подписания настоящего согласия пациентом 15-летнего возраста или в отношении пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оно подписывается его законным представителем:

Статус законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель) _____

_____ (_____) « _____ 20__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « _____ 20__ г.
(подпись) (должность и ФИО)