

**Информированное добровольное согласие
на проведение пластики перфорации верхнечелюстной пазухи**

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 пластики перфорации верхнечелюстной пазухи в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является: устранение патологического сообщения (отверстия) между полостью рта и верхнечелюстной пазухой.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- проведение местной анестезии (обезболивание); наркоз (по показаниям);
- пластика перфорации проводится одним из следующих методов:
 - пластика местными тканями (лоскутные методы):
 - формирование лоскута из слизистой оболочки и надкостницы, расположенного вблизи дефекта;
 - перемещение лоскута для закрытия отверстия пазухи;
 - фиксация лоскута швами.
 - пластика с использованием аутотрансплантатов (собственных тканей пациента):
 - забор небольшого участка собственной ткани пациента;
 - использование трансплантата для закрытия дефекта и восстановления костной стенки пазухи;
 - фиксация трансплантата и лоскута швами.
 - пластика с использованием синтетических материалов:
 - закрытие дефекта с помощью специальных материалов;
 - фиксация мембраны и/или лоскута швами (при необходимости).

Дополнительно к хирургическому лечению назначается антибактериальная терапия, сосудосуживающие капли в нос, при необходимости – противовоспалительные и антигистаминные препараты.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является: консервативное лечение (антибиотики, сосудосуживающие препараты, промывание пазухи) – эффективно только при небольших перфорациях; физиотерапевтическое лечение (по показаниям).

Мне понятно, что выбор метода пластики определяется врачом исходя из размера и локализации перфорации, сроков ее возникновения, наличия воспаления пазухи.

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 пластики перфорации верхнечелюстной пазухи.

4. Противопоказания

Я информирован(а) о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству: психоневрологические заболевания (эпилепсия, психозы, шизофрения); онкологические заболевания; нарушения свертываемости крови; ВИЧ-инфекции; острые инфекционные и воспалительные заболевания; обострение хронических заболеваний; сахарный диабет; заболевания сердечно-сосудистой системы, печени и почек в стадии декомпенсации; беременность.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), наркоз; аллергические реакции на используемые материалы (мембраны, костнопластические материалы – при использовании); кровотечение; гематома (скопление крови в тканях); нагноение раны; расхождение швов;

недостаточная герметизация дефекта (сохранившееся сообщение); рецидив; формирование стойкого ороантрального свища (хроническое сообщение между ртом и пазухой); развитие послеоперационного синусита (воспаления пазухи) или обострение хронического; повреждение соседних зубов, нервных окончаний; отторжение или недостаточная интеграция трансплантата/мембраны; распространение инфекции; сепсис (заражением крови).

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 патологического сообщения (отверстия) между полостью рта и верхнечелюстной пазухой.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первую неделю после вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте вмешательства, болевые ощущения, отек, заложенность носа, кровоточивость.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: соблюдать назначенную лечащим врачом антибактериальную терапию, гигиенический уход за полостью рта, использовать сосудосуживающие капли в нос (по назначению), при необходимости – являться к лечащему врачу на перевязки и осмотры.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов после операции, необходимо соблюдать щадящий пищевой режим (исключив жевание на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи), ограничить курение сигарет и употребление алкоголя (в течение 10-14 дней после проведения операции), в течение 14 дней исключить физические нагрузки и не перегревать организм. Запрещено сморкаться (только осторожное промокание носа салфеткой), не пить через трубочку, не играть на духовых инструментах, не надуть воздушные шары, избегать резких наклонов головы, чихать и кашлять с открытым ртом.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение отека, болевых ощущений; повышение температуры; инфекционные и воспалительные осложнения; нагноение раны, расхождение швов; формирование свища; развитие или обострение синусита.

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) _____

(подпись) (ФИО) « ____ » 20__ г.

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