

Информированное добровольное согласие на удаление зуба

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 свое согласие на проведение

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

на удаление зуба в ООО «АДЕНТЕ» (ОГРН 1217700162118).

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- устранения факторов, обуславливающих процесс разрушения зубочелюстной системы,
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса в костной ткани,
- сохранение и восстановление здоровья зубочелюстной системы,
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная),
- вскрытие очага воспаления, дренирование,
- удаление зуба,
- использование гемостатических и антисептических губок,
- наложение швов,
- назначение и прием лекарственных препаратов,
- промывание антисептическими растворами,
- удаление швов.

Необходимость выполнения указанных выше этапов может зависеть от диагноза, тяжести течения заболевания и индивидуальных особенностей организма.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативными видами проведения медицинского вмешательства являются:

- отсутствуют.

Также мне известно о возможности моего отказа от проведения медицинского вмешательства. При этом, обдумав возможность отказа от медицинского вмешательства, я даю согласие на удаление зуба.

4. Противопоказания

Я информирован о наличии следующих противопоказаний к медицинскому вмешательству.

Абсолютные противопоказания: отсутствуют.

Относительные противопоказания:

- сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии покоя, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия, прединфарктное состояние, первые 3-6 месяцев после инфаркта миокарда, ревматизм, асептический эндокардит в период обострения, выраженная декомпенсация сердечной деятельности и др.);
- заболевания почек (острый гломерулонефрит, почечная недостаточность);
- заболевания поджелудочной железы (острый панкреатит, гипер- и гипогликемическая кома);
- инфекционный гепатит (острый и в стадии обострения);

- заболевания крови (лейкоз, агранулоцитоз, геморрагические диатезы - гемофилия, тромбоцитопения и другие состояния, протекающие с геморрагическими симптомами);
- гиповитаминозы (С- авитаминоз);
- острые заболевания дыхательных путей (грипп, ОРЗ, бронхиты, пневмонии);
- острые инфекционные заболевания (дифтерия, коклюш, корь, скарлатина, дизентерия, туберкулез и др.);
- заболевания центральной нервной системы (менингиты, энцефалиты, острые нарушения мозгового кровообращения - инсульт);
- психические заболевания в период обострения (эпилепсия, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.);
- черепно-мозговая травма (ушиб, сотрясение головного мозга)
- беременность (1-2 и 8-9 месяцы из-за опасности выкидыша или преждевременных родов);
- острая лучевая болезнь; лучевая терапия, проводимая по поводу опухолей челюстно-лицевой локализации;
- острые воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и зева (стоматиты, гингивиты, ангина); язвенно-некротические процессы в полости рта;
- зубы, расположенные в зоне злокачественной опухоли (рак, саркома) или гемангиомы;
- молочные зубы у взрослых людей при отсутствии смены их постоянными зубами.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: обморок, коллапс, шок, отлом коронки или перелом корня зуба, перелом и/или вывих соседнего зуба, проталкивание корня зуба в мягкие ткани, повреждение десны и мягких тканей, отлом участка альвеолярного отростка (костного ложе, в котором расположен зуб), вывих нижней челюсти, перелом нижней челюсти, прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи (синуса), проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху, отрыв бугра в челюсти, аспирация (попадание в дыхательные пути) корня или зуба, кровотечение, луночковая боль (боль в области удаленного зуба), неврит нижнеальвеолярного нерва (боль в челюсти, онемение нижней губы, подбородка, снижение или отсутствие чувствительности десны).

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

6. Результаты медицинского вмешательства

Ожидаемыми результатами для здоровья пациента являются:

- устранение острых воспалительных процессов,
- удаление травмированных зубов, восстановление которых невозможно, неправильно расположенных зубов (в отсутствие возможности коррекции окклюзионной поверхности), а также ретенированных и полуретенированных, дистопированных зубов, вызывающих воспалительные процессы в слизистой оболочке полости рта, языка, хроническую травму слизистой оболочки полости рта.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, кровоточивость десны, после чего для выздоровления может потребоваться 5-7 дней.
- об особенностях ухода после медицинского вмешательства: в день хирургического вмешательства не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов после операции, также не следует жевать на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи.
- о запретах и ограничениях после медицинского вмешательства: не перегревать организм, исключить физические нагрузки.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: кровотечение, воспалительный процесс в месте проведения медицинского вмешательства.

Я предупрежден(а) о необходимости полного и точного и выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

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 и не следовании плану лечения.

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 _____ (_____) « » _____ 202__ 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) _____

_____ (_____) « » _____ 202__ г.
(подпись) (ФИО)

Подпись Врача _____ (_____) « » _____ 202__ г.

Дача согласия в следующие посещения пациента		
Дата приема	Подпись пациента	Расшифровка подписи