

Информированное добровольное согласие на проведение лечения кисты 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 согласие на проведение

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

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

1. Целью проведения медицинского вмешательства является:

- купирование воспалительных процессов,
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса,
- сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы,
- предупреждение развития общих и местных осложнений,
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

2. Характер, способ и этапы проведения медицинского вмешательства

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

- проведение анестезии (обезболивание); наркоз (по показаниям);
- удаление зубов (по показаниям),
- удаление кисты проводится одним из следующих методов:
 - цистэктомия - радикальная операция, при которой проводят полное удаление оболочки кисты с ушиванием раны.
 - цистотомия - метод, при котором удаляют переднюю стенку кисты и последнюю сообщают с преддверием или собственно полостью рта.
 - пластическая цистэктомия - операция, при которой удаляют полностью оболочку кисты, однако рану не ушивают, а образовавшуюся полость, после вворачивания слизистой-надкостничного лоскута тампонируют йодоформной марлей. Операция также может быть исходом цистэктомии, осложнившейся нагноением.
 - ороназальная цистэктомия и ороназальная цистотомия - операции применяют при кистах, проникающих в верхнечелюстную пазуху или оттесняющих ее в случае хронического верхнечелюстного синусита.

3. Наличие и виды альтернативного медицинского вмешательства

Я информирован(а), что альтернативным видом медицинского вмешательства является консервативное лечение (антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия при воспалении, нагноении).

Мне понятно, что выбор метода лечения кисты зуба 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 кисты зуба.

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, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.

5. Возможные осложнения и риски медицинского вмешательства

Характер возможных осложнений: аллергические реакции на анестезию (обезболивание), возникновение кровотечения из нижней альвеолярной артерии (артерия проходит в нижнечелюстном канале), повреждение нижнего альвеолярного нерва и, как следствие, возникновении парестезии в послеоперационном периоде (изменением чувствительности в области лицевой, челюстной или шейной области, которое может проявляться в виде покалывания, онемения или чувства жжения); при проведении операции на верхней челюсти - перфорация дна гайморовой пазухи (нарушение целостности дна пазухи, при котором образуется сообщение между пазухой и полостью рта); перелом нижней челюсти.

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 купирование воспалительных процессов, предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы, предупреждение развития общих и местных осложнений, предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

Врачом мне также было разъяснено:

- о нормальной реакции организма: в первые дни после хирургического вмешательства возможно ощущение дискомфорта в месте проведения операции, болевые ощущения, отек, кровоточивость.
- 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 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.
- о возможных реакциях организма в случае невыполнения рекомендаций: увеличение отека, болевых ощущений; повышение температуры, инфекционные и воспалительные осложнения.

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)