

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

по стоматологии ортопедической

Настоящее информированное добровольное составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и содержит информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах медицинской помощи.

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (дата рождения гражданина либо законного

представителя) _____ (ад

рес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

_____ (фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **Обществе с ограниченной ответственностью «Валента» стоматологическая клиника «Иновация»**

Медицинским работником _____

_____ (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 ФЗ от 21. 11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(_____) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)

(_____) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)
(подпись)

« ____ » _____ 202__ г. (дата оформления)

Целью и предполагаемым результатом медицинской помощи по профилю «стоматология ортопедическая» является восстановление анатомической формы и функции пораженного зуба (зубов) протезированием, сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы, остановка патологического процесса, предупреждение развития осложнений, восстановление эстетики зубного ряда протезированием с использованием имплантатов, съемных и несъемных ортопедических конструкций.

В качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы здоровые или качественно подготовленные (пролеченные) зубы, ткани пародонта, имплантаты.

В случае, когда в качестве опоры для зубного протеза используется зуб с недопломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения), возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшение состояния, и в результате это может привести к удалению зуба и зубного протеза.

Для протезирования может потребоваться депульпирование опорного зуба и лечение корневых каналов в нем. В случае сохранения пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развитие воспаления в тканях вокруг зуба, как в ходе протезирования, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией, что потребует лечение корневых каналов.

Протезирование не имеет абсолютной гарантии качества результата даже при выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования вследствие специфики медицинского воздействия на организм Пациента.

Риски, связанные с оказанием медицинской помощи:

- в период проведения манипуляций в полости рта (анестезия, обработка зубов, снятие оттисков, коррекция прикуса): возможна индивидуальная аллергическая реакция на материалы, используемые для создания ортопедической конструкции, аллергическая реакция на анестетик (онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, затруднение функции глотания, жевания, речи);
- при наличии в полости рта разноименных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта;
- при наличии патологии височно-нижнечелюстного сустава и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протезов;
- невозможность адаптироваться к протезам в силу индивидуальных особенностей организма, например, в связи с повышенным рвотным рефлексом;
- стоматит и воспалительный процесс, появляющийся под протезами, заболевания зубов, расцементировка постоянного зубного протеза (коронки) после ее установки, дискомфорт после установки протезов, ослабление фиксации съемных конструкций, сопутствующие дискомфортные явления протезирования, включая: боль, неудобство, отечность, чувствительность к холоду и теплу;
- незначительное отличие конструкции и коронок от цвета и прозрачности естественных зубов в полости рта, особенно при различном освещении;
- индивидуальные _____ риски, _____ в _____ моем случае: _____

В случае наступления рисков, связанных с оказанием медицинской помощи, пациенту необходимо явиться на осмотр и коррекцию протеза.

Пациенту (его законному представителю) предоставлены разъяснения о возможных вариантах медицинского вмешательства в зависимости от клинической ситуации:

- восстановление анатомической формы зуба после эндодонтического лечения вкладкой из металла, керамики или композитных материалов с последующим изготовлением искусственной коронки;
- протезирование с применением имплантатов;
- протезирование съёмными и несъёмными ортопедическими конструкциями;

Возможны варианты одновременного использования различных видов протезирования.

Для протезирования на имплантатах проводится операция дентальной имплантации, а также может потребоваться операция по наращиванию объема костной ткани.

Для фиксации ортопедической конструкции проводится процедура препарирования зубов (обработка зубных тканей под коронку).

Последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть:

- удаление зуба;
- перелом зуба при отказе от укрепления культовой вкладкой или стекловолоконным штифтом;
- повышенная стираемость зубов, ухудшение эстетики, нарушение функции речи (артикуляция и дикция);
- развитие дисфункции височно-нижнечелюстного сустава;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- утрата жизненно важной функции организма – пережевывание пищи и развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта;

Стоматологическое ортопедическое лечение требует строгого соблюдения этапов протезирования и сроков между этапами лечения с целью уменьшения вероятности переделки протеза. Необходимо строго соблюдать сроки посещения. При длительном незапланированном отсутствии пациента (более 30 календарных дней) зубы могут изменить свое положение, ранее изготовленная ортопедическая конструкция и не установленная в полости рта в срок, возможно, будет непригодна для использования и возникнет необходимость в ее переделке. В этом случае, протезирование проводится только после полной повторной оплаты всей работы.

Сроки изготовления протезов могут увеличиваться при возникновении необходимости проведения хирургических вмешательств, при выявлении скрытых технологических дефектов; кроме того, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное протезирование означает биологическое восстановление целостности жевательного органа. Атрофия (убыль) костной ткани является физиологическим процессом. Поэтому, в период эксплуатации полного съёмного или частичного съёмного протеза, возможно, потребуются коррекция (перебазировка) или повторное изготовление протеза за счет средств пациента.

При проведении медицинского вмешательства возможно применение местной анестезии. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и предусматривает одно или несколько инъекций для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Применяемое в ходе ортопедического лечения анестезиологическое пособие, может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги: обмороку, коллапсу, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгией и постинъекционной гематомой (кровоизлиянием) в месте укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающее вещество (сыпь, отёк мягких тканей, анафилактический шок), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации). Ведение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограничение открывания рта), которые могут сохраниться в течение нескольких дней. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

В зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединения с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, это приводит к их разрушению. Обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также, обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача (но не менее 1 раза в полугодие), в том числе с целью динамического контроля состояния имплантатов и зубных протезов, профессиональной гигиены полости рта.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

по стоматологии терапевтической

Настоящее информированное добровольное составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и содержит информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах медицинской помощи.

Я,

_____ (

фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя) _____

_____ (

адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по _____ адресу:
_____ (указывается в случае

проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в
случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **Обществе с ограниченной ответственностью «Валента»** стоматологическая клиника «Инновация»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 ФЗ от 21. 11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(_____) _____ (подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(_____) _____ (подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

« ____ » _____ 202__ г. (дата оформления)

Целью и предполагаемым результатом медицинской помощи по профилю «стоматология терапевтическая» является лечение воспалительных процессов в периодонте, сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба пломбированием функциональной способности всей зубочелюстной системы, предупреждение развития патологических процессов и осложнений периапикальных тканей, предупреждение дальнейшего развития патологического процесса.

Терапевтическая стоматология включает в себя лечение кариеса и его осложнений, таких как пульпит и периодонтит.

При данной клинической ситуации сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит), не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять после того, как проведет препарирование и удалит весь размягченный дентин из полости зуба.

При этом возможны 2 варианта: 1) наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (в 1-2 посещения); 2) эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (в 2-посещения).

Лечение кариеса основано на удалении пораженных тканей и восстановление зуба с помощью пломбировочного материала. Риски, связанные с лечением кариеса:

- вывих нижнечелюстного сустава; появление болевых ощущений вследствие наложения лечебной прокладки; воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба (проявляется спустя неделю). В этих случаях потребуется: а) снять поставленную пломбу; б) пролечить каналы и установить новую пломбу (лечение осуществляется за счет средств пациента); незначительное изменение цвета пломбы от цвета зуба (от пищевых красителей или лекарственных препаратов).

При постановке пломбы в придесневой области возможны: повреждения десны и боль, отечность, кровоточивость, изменение цвета десны в области леченного зуба.

Последствиями отказа от лечения кариеса могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений появление либо нарастание болевых ощущений, удаление зуба, обострение хронических заболеваний, появление вторичной деформации зубных рядов и возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Лечение пульпита зависит от стадии развития заболевания. Консервативный метод лечения возможен в случае, когда жизнеспособность пульпы сохраняется. Иначе, поврежденная пульпа удаляется, а корневой канал заполняется пломбировочным материалом. Если пульпит должным образом и своевременно не вылечен, это может привести к периодонтиту, переходу воспаления на окружающие зуб ткани и потере зуба. При лечении неосложненного кариеса с сохранением пульпы (нерва) возможны постоянные пломбировочные боли при нажатии на пломбу. Чаще всего, такие боли проходят в течение месяца после лечения. В случае ноющих болей, ночных болей потребуется удаление нерва.

В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубоком клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг зуба, что потребует лечения корневых каналов за счет средств пациента.

Лечение пульпита имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долгосрочного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-и месяцев.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), апикальная хирургия. Хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения.

Риски, связанные с лечение пульпита и периодонтита:

- вывих нижнечелюстного сустава; выведение дентинных опилок, инфицированных тканей и пломбировочного материала за верхушку корня; ощущение дискомфорта и боли после лечения, продолжающегося от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего возможно назначение лекарственных препаратов и физиотерапевтического лечения лечащим врачом; отечность десны в области леченного зуба или мягких тканей лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней; тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней; переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зуба, которые могут быть оставлены в леченном канале и может потребоваться их удаление за счет средств пациента либо перфорация стенки корня инструментом во время лечения. Это происходит редко, тем не менее, такие случаи осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций; даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что данный зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем, и возникновению воспаления в области корня зуба, развитию заболеваний периодонта; аллергическая реакция на пломбировочный материал, вследствие повышенной чувствительности организма к пломбировочным материалам и медицинским изделиям;
- индивидуальные риски, в моем случае: _____

В случае безуспешного лечения или невозможности лечения зуба рассматривается вопрос об удалении зуба.

При отказе от лечения периодонтита прогрессирование процесса может стать причиной удаления зуба, развития гнойно – воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

При лечении и перелечивании 3,4,5,6,7-го зубов верхней челюсти при пульпите и периодонтите возможно инфицирование гайморовой пазухи, развитие одонтогенного гайморита и лечение у врача – отоларинголога.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет хрупким и его нужно защитить от перелома предложенным способом (восстановление пломбой или вкладкой коронковой части зуба после эндодонтического лечения в течение 2 недель, покрытие зуба ортопедической конструкцией в течение 1 месяца после пломбирования корневого канала). При лечении корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза в ходе создания доступа к корневым каналам данного зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое последствие).

Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению. При лечении проводится процедура шлифования слоя твердых тканей зуба.

Коррекция корневых каналов, шлифовка пломб по прикусу, отличие пломбы по цвету, форме и прозрачности от зубов и искусственных конструкций не относятся к недостаткам услуги.

В ходе выполнения медицинского вмешательства может возникнуть необходимость назначения лекарственных препаратов (антибиотиков, анальгетиков, антигистаминных препаратов), рентгенологических и иных исследований.

При проведении медицинского вмешательства возможно применение местной анестезии. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и предусматривает одно или несколько инъекций для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на лекарственные препараты, к обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограничение открывания рта), которое могут сохраниться в течение нескольких дней. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Пациенту (его законному представителю) предоставлены разъяснения о возможных вариантах медицинского вмешательства в зависимости от клинической ситуации.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

по стоматологии хирургической

Настоящее информированное добровольное составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и содержит информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах медицинской помощи.

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, _____ зарегистрированный _____ по _____ адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя) _____

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

_____ проживающий _____ по _____ адресу:
_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных _____ видов _____ медицинских _____ вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи _____ лицом, _____ законным представителем которого я являюсь в **Обществе с ограниченной ответственностью «Валента»** стоматологическая клиника «Инновация»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 ФЗ от 21. 11. 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(_____) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(_____) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

« ____ » _____ 202_ __ г. (дата оформления)

Целью и предполагаемым результатом медицинской помощи по профилю «стоматология хирургическая» является лечение хирургических заболеваний челюстно–лицевой области. При лечении хирургических заболеваний челюстно – лицевой области могут быть выполнены следующие медицинские манипуляции: местная проводниковая анестезия на верхнюю и нижнюю челюсть, удаление разрушенных и ретенированных зубов; операция цистотомия и цистэктомия, резекция верхушки корня зубов; вскрытие абсцессов со стороны полости рта; биопсия при подозрении на опухолевый процесс; накладывание лигатурных повязок при переломах альвеолярного отростка и вывихах зубов; удаление ретенированных кист губы и полости рта, атеромы кожи лица; операция у десневого края переходной складки по поводу периодонтита; ушивание ран при случайной перфорации гайморовой пазухи; хирургическая обработка раны лица и полости рта; вправление вывиха нижней челюсти; удаление камня из протока подчелюстной железы; ампутация корня или гемисекция зуба; коронорадикулярная сепарация; пластика уздечки языка, верхней и нижней губы; закрытие рецессии десны методом пересадки соединительно – тканого трансплантата; замещение костных дефектов ауто-трансплантата (собственной костью) или остеотропным материалом (искусственной костью).

Необходимое медицинское вмешательство будет назначено и проведено лечащим врачом – стоматологом – хирургом.

Последствиями отказа от лечения хирургического заболевания челюстно-лицевой области могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Риски, связанные с лечением хирургического заболевания челюстно-лицевой области: ухудшение состояния во время лечения, кровотечение, повреждение смежных зубов, вывих или перелом челюсти, нарушение целостности верхнечелюстной пазухи и проталкиванием фрагмента зубов; попадание фрагментов зубов и костной ткани в дыхательные пути, воспалительный процесс области раны, абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области (распространение гноя в челюстно-лицевой области), сепсис (заражение крови), отторжение соединительно-тканевого трансплантата, костного блока, расхождение швов, боль и припухлость после лечения, повышенная температура, ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов, потеря чувствительности, аллергическая реакция.

Риски, обусловленные анатомо–физиологическими особенностями организма. Лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

Риски лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Послеоперационный, восстановительный период строго индивидуален по длительности и характеру лечения.

Отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного исследования).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены виды и время последующего лечения.

Под вмешательством и после необходимо соблюдать санитарно–гигиенический и медикаментозный режим, регулярно принимать назначенные лечащим врачом лекарственные препараты, выполнять назначенное лечение /рекомендации. В день проведения вмешательства необходимо ограничить управление транспортным средством; после вмешательства необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта. Прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголя, наркотических средств, курения могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления,

уменьшить вероятность лечения. Результат вмешательства при оказании медицинской помощи зависит от состояния зубов, костной ткани, тканей пародонта, состояния личной гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма.

При проведении медицинского вмешательства возможно применение местной анестезии.

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции и предусматривает одно или несколько инъекций для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Пациенту (его законному представителю) предоставлены разъяснения о возможных вариантах медицинского вмешательства в зависимости от клинической ситуации.

Я информирован (а) лечащим врачом - стоматологом – хирургом ООО «Валента» о состоянии зубов и других органов челюстно-лицевой области, о характере заболевания, прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, возможных неблагоприятных эффектах, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, осложнениях при отсутствии современного лечения.

В ходе выполнения медицинского вмешательства может возникнуть необходимость назначения лекарственных препаратов (антибиотиков, анальгетиков, антигистаминных препаратов), рентгенологических и других исследований, физиотерапевтических процедур.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и полостью рта, а также обязуюсь являться на повторные приемы и профилактические осмотры, в соответствии с рекомендациями врача.

Я подтверждаю, что прочитал (а) и понял (а) все изложенное, имел (а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные вопросы, связанные с предстоящим вмешательством. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворяющие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к лечащему врачу. Мне разъяснены значения системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном ИДС.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

При подписании информационного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства (стоматологических услуг) Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна. Пациент внимательно осмотрен врачом-стоматологом, Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, задал врачу все интересующие его вопросы и получил в доступной форме исчерпывающие ответы, принял осознанное решение осуществить хирургическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

На медицинское вмешательство на вышеизложенных условиях согласен(а):

Дата	Диагноз, медицинская услуга, № зуба	Подпись ф.и.о. врача	Подпись пациента

