Приложение
к Стоматологической карте № _____ от «____» _____ 20__ г.

Информированное согласие
на операцию удаления постоянных зубов

Я _____
даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство - операцию удаления зуба (зубов)_ _____
Врачом _____ _____
Мне был поставлен диагноз_____ _____
_____

В соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» № 1006 от 04.10.2012г., настоящий документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор указал мне на необходимость удаления этого зуба (этих зубов). Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба (-ов), а также системные проявления заболевания.

Операция удаления зуба проводится под местной анестезией методом, который наиболее эффективен для данной операции.. Проведение анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимися дефектами оказания медицинской помощи: гематома в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающий препарат (сыпь, отек, анафилактический шок). Токсическая реакция на обезболивающий препарат (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации). Я согласен на проведение анестезии и осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств. Я проинформировал (а) доктора обо всех случаях аллергии к лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Операция удаления зуба может привести к следующим осложнениям, которые не являются дефектами оказания медицинской помощи:

1. Дискомфорт, боль, отек (припухлость) и кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней.
2. Повреждение соседних зубов и реставраций на них.
3. Натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием.
4. Инфекция после операции, требующая дополнительного лечения.
5. Ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель.
6. Повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, подбородка, десен, зубов и (или) языка в оперированном участке. Это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным.
7. Перелом челюсти.
8. Перфорация дна верхнечелюстного синуса (сообщение с гайморовой пазухой) при удалении боковых зубов на верхней челюсти, требующее дополнительной операции.
9. Вывих или подвывих нижней челюсти.

Врач может принять решение оставить небольшой кусочек корня в челюсти, если его удаление требует обширной операции, может привести к перфорации дна верхнечелюстного синуса, повреждению нижнечелюстного нерва, вызвать обильное кровотечение

Меня проинформировали, что нет полной гарантии того, что план лечения будет выполнен без изменений. Я понимаю, что планируемое лечение может быть пересмотрено или модифицировано.

Лечение, лекарства и анестетики могут вызывать сонливость и снижение внимания и координации, усиливающиеся при приеме алкоголя или других лекарственных средств; поэтому мне рекомендовано не управлять автомобилем или другим транспортным средством, не работать на сложных устройствах, пока я принимаю такое лечение и (или) лекарства, или пока их эффект не исчезнет полностью.

Если в процессе операции возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие решения врача или процедур, дополнительных к основной, или отличных от нее, я доверяю врачу делать то, что он считает целесообразным.

Я не получил (-а) никаких гарантий и заверений, что я буду полностью удовлетворен (-а) результатом данного лечения. Вследствие индивидуальных особенностей моего организма, всегда есть риск неудачи, рецидива, избирательного повторного лечения или кратковременного ухудшения моего настоящего состояния, несмотря на проведенное лечение. Однако, предлагаемый вид лечения направлен на сохранение моего здоровья, а без его проведения ухудшение состояния вскоре было бы неизбежно.

Меня проинформировали, что рекомендованный мне правильный уход за полостью рта имеет большое значение в послеоперационном периоде.

Я согласен (-сна) выполнять все рекомендации врача, пока нахожусь под его наблюдением, понимая, что при недостаточности совместных действий результат будет ниже оптимального.

Сведения о выбранных мною лицах, 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 Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ _____ _____

(дата оформления)

Дата лечения	Зуб (№)	Диагноз	Подпись пациента	Подпись врача