Приложение к стоматологической карте № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение операции по удалению имплантата (эксплантация)

Я, ... даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство - операцию по удалению имплантата в области ……
врачом _____.

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.

Врач выявил: .....…… и указал на необходимость проведения операции по удалению имплантата. Операция проводится амбулаторно, под местным обезболиванием.

Я информирован(а) о сути и способе выполнения вмешательства и характере наиболее вероятных осложнений, связанных с ним. Я понимаю, что в настоящем информированном согласии не могут быть перечислены абсолютно все осложнения, которые возможны при проведении данной процедуры. К наиболее часто встречающимся осложнениям операции, не связанным с дефектами оказания медицинского вмешательства, относятся:

- инфицирование операционной раны, инфицирование пазухи;
- болезненность в области операции;
- кровоточивость из операционной раны, кровоточивость из носа;
- болезненность в уголках рта;
- локальные изменения цвета кожи лица (синяки);
- временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства;
- формирование сообщения между пазухой и полостью рта;
- отсутствие возможности установить имплантаты в области операции в будущем.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и после нее.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и настоящем времени.

Мне было сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться проведение рентгенологического обследования. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, согласованному с врачом.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может заранее предсказать достоверный результат планируемой операции. Я полагаю, что в моих интересах приступить к операции.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения операции, сроки проведения операции. Мне осуществлен подбор материалов для операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Я ознакомлен(а) с диагнозом и планом лечения, правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта после проведения хирургического лечения.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью стоматологической медицинской карты.

Памятку с информацией для пациентов получил (а).

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)

“____” _____ _____ г.

(дата оформления)