

Общество с ограниченной ответственностью

«СТОМАТОЛОГИЯ»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Московская область, г. Мытищи, Олимпийский проспект, строение 2, д. 29, офис 9А, тел.: 8-495-407-06-67 8-916-586-15-06

ИНН 5029132270 КПП 502901001 ОГРН 1095029010075 01.12.2009 г.

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – УДАЛЕНИЕ ЗУБА(ОВ)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя. Данное **информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство: хирургическое стоматологическое лечение – удаление зуба(ов),** является Приложением к медицинской карте стоматологического больного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается полностью Ф.И.О. пациента,*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*в случае несовершеннолетнего пациента еще и Ф.И.О. его законного представителя)*

**Показания к удалению зуба(ов)№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется лечащим врачом):**

* гнойный воспалительный процесс в периодонте (острый периодонтит);
* киста зуба, осложненная гайморитом;
* гнойные периоститы;
* остеомиелит челюсти;
* нарушение целостности связочного аппарата зуба при различных заболеваниях;
* сверхкомплектные зубы (скученные зубы);
* отсутствие возможности восстановить разрушенный зуб;
* затрудненное прорезывание (**зубов мудрости**), т.к. очень высок риск развития флегмоны;
* неправильно прорезавшиеся зубы;
* травмы челюсти - если зубы проходят по линии перелома, то они мешают правильному шинированию челюстей;
* одонтогенный гайморит.

Как и любые стоматологические или медицинские процедуры, удаление зуба(ов), а также введение лекарственных и обезболивающих препаратов связана с **определёнными рисками** **и осложнениями**:

*Наиболее часто встречающиеся риски:*

* воспаление лёгкой или средней степени, в том числе в течение продолжительного периода, в особенности при ненадлежащем уходе за полостью рта;
* кровоточивость десны в ранний послеоперационный период и в отдаленные сроки;
* дискомфорт или боль при откусывании и/или пережевывании пищи;
* отек мягких тканей полости рта и лица.

*Иногда встречающиеся риски:*

* инфекционное воспаление в области проведенного хирургического вмешательства;
* временное изменение цвета мягких тканей полости рта и кожи лица, низкая чувствительность губ,

языка, тканей подбородка, щек и зубов;

*Редко встречающиеся риски:*

* хирургическая травма зубов;
* скол фрагмента кости, проникновение в полость верхнечелюстного синуса;  воспаление венозного сосуда;
* увеличение сроков заживления послеоперационной раны;
* аллергическая реакция на использованные материалы, на средства местного обезболивания или другие используемые при лечении лекарственные препараты.

Помимо вышеописанных рисков, могут существовать и иные риски, не упомянутые здесь. В Вашем случае возможны следующие специфические риски:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для достижения положительных результатов лечения необходимо соблюдать следующие рекомендации:**

* Не забудьте проинформировать нас об особенностях Вашего организма и имеющихся аллергических реакциях. Настоящим Вы информируете нас о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* В случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов необходимо сразу же обратиться к Вашему лечащему врачу.
* В целях профилактики необходимо проверять состояние зубов и десны у стоматолога не реже 2 раз в год.

**Последствия отказа от лечения:**

В случае отказа от предложенного и альтернативных методов лечения возможны следующие риски:  распространение воспалительного процесса в прилежащие ткани;

* ухудшение общего состояния;
* возникновение осложнений основного заболевания, например, формирование абсцесса, развитие флегмоны, сепсис и др.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

Лечащий врач провел полное обследование полости рта. Мне были разъяснены альтернативные методы лечения. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения как такового.

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листе и иных представленных мне для ознакомления документах, в которых отражены основные сведения, полученные во время информационной консультации.

Во время консультации у меня была возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, например, о специфических рисках, возможных осложнениях и альтернативных методах лечения. Лечащий врач дал полные и исчерпывающие ответы на мои вопросы.

Я проинформирован(а) о том, что я могу отозвать свое согласие на данную процедуру в любое время до начала лечения.

Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара могут оказывать негативное влияние на заживление послеоперационной раны. Я обязуюсь следовать инструкциям лечащего врача по уходу за полостью рта.

Я обязуюсь информировать врача обо всех необычных ощущениях и случаях, происходящих со мной в ранний и отдаленный реабилитационный период после хирургического вмешательства.

Я даю согласие на проведение местного обезболивания и на все медицинские действия, которые врач сочтет необходимым провести для улучшения моего состояния в процессе лечения.

Я проинформировал(а) врача об общем состоянии своего здоровья. Также я сообщил(а) обо всех предшествующих аллергических или необычных реакциях на лекарственные препараты и средства местного обезболивания, кровь, продукты питания, укусы насекомых, пыльцу растений, пыль и предметы обихода; особенностях кровотечения при травме, а также о других особенностях, связанных с моим здоровьем, в том числе о перенесенных или имеющихся у меня заболеваниях, таких как СПИД, бронхиальная астма, гепатит, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, туберкулез и другие заболевания, а также о случаях переливания крови, о контактах с инфекционными больными.

Я проинформировал(а) врача о принимаемых мной лекарственных средствах и биологически активных добавках, а именно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения; мне больше не требуется дополнительное время для обдумывания решения.

**Настоящим я даю свое согласие на проведение предложенной(-ого/-ых) процедур(ы)/метода(ов) лечения. Я даю согласие на анестезию, изменение или продление лечения в случае необходимости, а также на повторное и последующие хирургические вмешательства.**

Я также был(а) проинформирован(а) о необходимости регулярно посещать стоматолога и делать профессиональную чистку зубов (минимум два раза в год, желательно три раза в год).

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовых или юридических претензий в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа несет за собой такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился с документом, мне все понятно, я согласен со всеми положениями данного документа и подтверждаю это своей подписью:

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись пациента, либо законного представителя, Ф.И.О.)*

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись лечащего врача, Ф.И.О.)* М.П.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.