

 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.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ**

**ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

 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 проведение**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать вид вмешательства)*

является Приложением к медицинской карте пациента

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

*(фамилия, имя, отчество пациента / фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего пациента)*

 Данное хирургическое вмешательство представляет собой комплекс воздействий на ткани или [HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD\_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)"органы HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD\_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)"](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29) человека, проводимых врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью [HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82"различных способов разъединения, HYPERLINK "http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82"перемещения и соединения тканей,](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82) и проводится под ***общей (местной) анестезией с использованием***

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

*(указать вид анестезии, а также используемые медикаменты или лекарственные средства)*

Данное хирургическое вмешательство является:

* **Радикальным**. Цель — полностью устранить причину патологического процесса
* **Паллиативным**. Цель — частично устранить причину патологического процесса, тем самым облегчая его течение. Паллиативная операция не всегда означает невозможность и бесперспективность излечения больного.
* **Симптоматическим**. Цель — облегчить состояние пациента. Выполняются, когда радикальная или паллиативная операция по каким-либо причинам невозможна. Симптоматическая операция не всегда означает невозможность и бесперспективность излечения больного, нередко симптоматическая операция выполняется как этап или как дополнение радикального лечения.
* **Диагностическим.**

Как и любые медицинские процедуры, проведение **оперативного вмешательства** связано с **определенными рисками и** **осложнениями**:

* кровотечения;
* повреждения смежных тканей и органов;
* развитие инфекционно-воспалительных осложнений;
* тромбоэмболия;
* умеренная или сильная боль в области проведения операции;
* аллергическая реакция на использованные материалы и медикаменты,
* обострение сопутствующих заболеваний;
* колебания артериального давления;
* небольшое повышение температуры;
* иные риски, которые могут быть вызваны особенностями Вашего организма.

***В Вашем случае возможны следующие специфические риски:***

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

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

Принимая во внимание, что данная операция проводится под анестезией, после проведения анестезии возможно появление следующих побочных явлений: Тошнота, зуд; боль в горле, боли в спине и пояснице, [дрожь](http://onarkoze.ru/oslozhnenija-anestezii.html), боли в мышцах, [головокружение и предобморочное состояние](http://onarkoze.ru/oslozhnenija-anestezii.html), спутанность сознания, головная боль, аллергические реакции.

**Для достижения положительного результата лечения Вам необходимо соблюдать следующие рекомендации:**

* информировать врача о своей истории болезни и имеющейся аллергической реакции. Настоящим Вы сообщаете о следующих своих заболеваниях и аллергических реакциях:

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

* не садиться за руль автомобиля в течение 24 часов, т.к. после [анестезии HYPERLINK "http://onarkoze.ru/"](http://onarkoze.ru/) может нарушаться скорость реакции на изменение дорожной обстановки, возможно наличие выраженной сонливости, а также может несколько изменяться мышление и рассудительность.
* в течение суток после анестезии не работайте со сложным техническим оборудованием, которое при не правильной его эксплуатации может представлять опасность для Вашего здоровья, т.е. не используйте газонокосилку, бензопилу и другую технику.
* не принимайте после анестезии никаких лекарств, если только прием последних не был согласован с Вашим лечащим доктором. Некоторые лекарства могут неблагоприятно взаимодействовать с препаратами, использовавшимися для анестезии и наркоза, к примеру, снотворные, транквилизаторы и другие.
* В течение суток после наркоза исключите приём алкоголя. Алкоголь в сочетании с лекарствами, использованными для анестезии, может оказать крайне отрицательное влияние на Ваш организм. Под алкоголем подразумеваются не только крепкие спиртные напитки, но и такие напитки, содержащие алкоголь, как коктейли, пиво и вино.
* в случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу по телефону 8 (916) 586 – 15 – 06
* соблюдать личную, в том числе интимную гигиену.
* посещать врача с целью профилактического осмотра не реже 2 раз в год.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА:**

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, содержащуюся в информационном листке 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.

**Во время консультации Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.**

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

Я предупрежден(а) о режиме послеоперационного поведения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

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

**Настоящим я даю 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 последующее хирургическое вмешательство.**

**Настоящим я не даю согласие на проведение рекомендованного лечения. Я проинформирован(а) о возможных последствиях отказа от лечения для моего здоровья**.

 Документация, которая находится у моего лечащего врача, может быть использована в лечебных, образовательных и исследовательских целях, при условии деперсонификации данных.

Ни я, ни мои ближайшие родственники, ни люди, представляющие мои интересы, не будут предъявлять финансовые или юридические претензии в отношении того, что перечислено в данном документе. Ксерокопия этого документа имеет такую же юридическую силу, как и оригинал. Я полностью ознакомился/ознакомилась с документом, мне все понятно, и я согласен/согласна со всеми положениями данного документа, что подтверждаю своей подписью:

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г