Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство

Я, _____

Ф.И.О. пациента

в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство - **хирургическое стоматологическое лечение.**

Лечащим врачом - специалистом в АУЗ УР « РСП МЗ УР» **в доступной для меня форме мне разъяснены:**

Цели оказания медицинской помощи:

снижение и/или устранение болевого синдрома; предупреждение дальнейшего развития патологического процесса; предупреждение развития и/или купирование, и/или устранение острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; выявление и устранение причины заболевания; сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы; купирование и/или устранение возникших осложнений патологического процесса; повышение качества жизни пациента.

удаление зуба проводится в лечебных целях при наличии хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости; при невозможности консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или трудностей, связанных с анатомическими особенностями (непроходимые или искривленные каналы корней); при полном разрушении коронковой части зуба, невозможности использовать оставшийся корень для ортопедического лечения; при подвижности 3 степени и выдвижении зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза; при неправильно расположенном зубе, травмирующем слизистую оболочку рта, языка и не подлежащем ортодонтическому лечению; при наличии расположенных в щели перелома зубов, мешающих репозиции отломков и не подлежащих консервативному лечению; в целях устранения аномалии прикуса при ортодонтическом лечении;

в целях снятия нарастающего гнойного воспалительного процесса проводится удаление зуба и вскрытие подслизистого, поднадкостничного очага воспаления, вскрытие фурункула, карбункула, абсцесса челюстно-лицевой области, иссечения (рассечения) капюшона в области «зубов мудрости».

Первичная хирургическая обработка (далее ПХО) проводится с целью создания благоприятных условий для заживления раны и предупреждения осложнений.

- метод оказания медицинской помощи:

Мне разъяснено, что удаление зуба вскрытие, очага воспаления, ПХО производится под местной анестезией.

Операция по удалению зуба производится при помощи щипцов, элеватора или бормашины.

Операция по вскрытию очага воспаления проводится при помощи скальпеля, ножниц и другого инструмента.

ПХО проводится при помощи скальпеля, ножниц, иглодержателя, иглы. Заканчивается наложением швов, при нагноении раны устанавливается дренаж (резиновая полоска).

- связанный с методами риск:

Мне разъяснено, что возможно возникновение в процессе лечения и после лечения следующих осложнений: аллергические реакции, боль, отек десны и окружающих мягких тканей, альвеолит, луночковое кровотечение, парестезия, перфорация дна верхнечелюстной пазухи, повреждение соседних зубов, ортопедических и ортодонтических конструкций, неполное удаление зуба, перелом челюсти (возможен у пациентов со слабой структурой челюстной кости), вывих и подвывих нижней челюсти, ограничение открывания рта, острый край лунки удаленного зуба, обострение хронического гайморита, остеомиелит челюсти, формирование келлоидного рубца при травмах, обострение системных заболеваний организма, нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с медикаментозной антибактериальной терапией.

-предполагаемые результаты медицинских вмешательств:

Я информирован(-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Мне разъяснено, что после удаления зуба, вскрытия очага воспаления рана заживает вторичным натяжением. Вследствие сокращения отслоенной круговой связки зуба происходит сближение краев десны; одновременно образуется кровяной сгусток в лунке, который замещается грануляционной, затем остеоидной тканью. Процесс нормального заживления лунки протекает безболезненно. Процесс заживления раны после сложного удаления зуба, а также после удаления зуба, имевшего воспалительные явления в лунке, происходит в более поздние сроки.

Рана после ПХО заживает первичным натяжением, при воспалительных явлениях- вторичным натяжением.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Я информирован (-а) о том, что **альтернативным хирургическому стоматологическому лечению** методом лечения является медикаментозная антибактериальная и противовоспалительная терапия, либо отсутствие лечения как такового**.**

Последствиями отказа от предложенного хирургического стоматологического лечения могут быть: развитие и прогрессирование основного воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление нового воспалительного патологического процесса челюстно-лицевой области; появление новых острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях; снижение и/или утрата функциональной способности зубочелюстной системы; снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики и нарушение функции речи; потеря зуба (-ов); появление и/или усиление болевого синдрома; развитие и/или обострение общесоматических системных патологий (заболеваний); развитие состояний (заболеваний) с высоким риском летального исхода и/или инвалидизации (абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств челюстно-лицевой области) и т.д.

Мне предоставлена возможность задать интересующие меня вопросы по поводу целей, методов, рисков, возможных вариантов и предполагаемых результатов медицинского вмешательства. Лечащим врачом-специалистом даны ответы на дополнительно возникшие у меня вопросы, в том числе разъяснено:_____

Ф.И.О.пациента_____ Ф.И.О.лечащего врача___ _____

Дата " _____” _____ 20____г.

Я даю информированное добровольное согласие <u>по форме и содержанию, подписанного мною ранее,</u> а именно «___» ____ 20___г., на предложенное мне медицинское(-ие) вмешательство(-а): <u>хирургическое стоматологическое лечение:</u>

Дата	Диагноз/МКБ X	Вид хирургического вмешательства	Ф.И.О. и подпись лечащего врача	Подпись пациента

Дата	Диагноз/МКБ X	Вид хирургического вмешательства	Ф.И.О. и подпись лечащего врача	Подпись пациента