

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Дента Арт»

/В.Г. Кравченко/

Приложение № 2 к приказу 0604/Г от «06» апреля 2021г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента
на хирургическое лечение ООО «Дента Арт»

Я,

" " _____

г. рождения

Законный представитель _____, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение

хирургическое

лечение

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским

работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мною условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз _____

и указал на необходимость хирургического лечения, именно _____.

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (_____), объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Я информирован что альтернативными вариантами лечения могут быть _____

_____, имеющие в моем случае меньший клинический эффект (снижение жевательной эффективности, прогрессирование заболеваний пародонта, эстетические нарушения), либо отсутствие лечения как такового. Мне

объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что **последствиями отказа** от лечения могут быть: развитие инфекционных осложнений; появление и нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта, вплоть до летального исхода.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями организма.

(_____) в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюсто-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс, строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны, онемения, в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течение нескольких дней и дольше.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Я информирован и полностью понимаю, что иногда, для лучшего заживления раны после операции, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающих препаратов. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых или внеуротовых донорских областях. Остеоинтеграция (связывание) подсаженной костной ткани или костнозамещающих препаратов составляет от 3 до 9 месяцев.

Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков.

Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внеротовой или внутроротовой донорской области, а также крови из моей вены для изготовления костнозамещающего препарата для подсадки в место установки имплантата в костную ткань моей челюсти.

Я информирован, что изготовление костнозамещающего препарата из крови, взятой из моей вены, называется биореконструкцией альвеолярного отростка с помощью PTFE-мембраны.

Я предупрежден(а) о необходимости соблюдения рекомендаций лечащего врача после хирургического вмешательства.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по хирургическому лечению.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я принимаю решение о хирургическом лечении на предложении их мне условий.

Я принял решение о хирургическом лечении на предложенных мне условиях.
Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью С информированным согласием ознакомлен и согласен

Подпись пациента

Подпись нациента
(законного представителя) / _____ / Дата «____» ____ 201__ г.
(ФИО, подпись)