

Информированное добровольное согласие пациента на проведение хирургического вмешательства

« ___ » _____ 202__ г. (___ час. _____ мин.)

Я, _____
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом
в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача ООО «Семейная стоматология» осуществить мне хирургическое вмешательство при проведении стоматологического лечения, а именно удаление _____ зубов (указать № зубов).

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат анестезии зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Мне разъяснены лечащим врачом характер, ход, объем, время планируемого оперативного вмешательства. Мною были выполнены рекомендации по подготовке к планируемому оперативному вмешательству.

Мне известно, что **хирургическая стоматология занимается не только удалением зубов, но и зубосохраняющими операциями, а так же созданием условий для имплантации и для достижения эстетического результата.**

Показания к удалению зубов условно делятся на экстренные и плановые. *Необходимость экстренного удаления* возникает при острых гнойных воспалениях, распространяющихся на кость (периостит, остеомиелит), флегмоны, абсцессы, синуситы, а также при сильных зубных болях, когда проведение адекватного лечения невозможно. *В плановом порядке* зуб может быть удален по следующим показаниям: невозможность сохранить разрушенный зуб; подвижность зубов третьей и четвертой степени при пародонтите; атипичное положение зубов, которые травмируют слизистую оболочку, мешают приему пищи и функции речи, и другие.

Противопоказания к удалению зубов. Некоторые общие и местные заболевания являются относительными противопоказаниями к этому вмешательству. Удаление зуба в таких случаях можно выполнить после соответствующего лечения и подготовки больного. *Относительным (временным) противопоказанием* к операции удаления зуба являются следующие заболевания: сердечно-сосудистые (гипертоническая болезнь II и III степени, в том числе и период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, острый септический эндокардит и др.); острые заболевания печени, почек, поджелудочной железы (инфекционный гепатит, панкреатит и др.); острые инфекционные заболевания (грипп, острые респираторные заболевания, рожистое воспаление, пневмония); заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит); психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что в перечисленных состояниях на момент процедуры не пребываю.

Рентгенологическое исследование.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т. д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка.

Местная инъекционная анестезия.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Врач разъяснил мне, что **местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболивание** в области выполняемой стоматологической манипуляции, и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества.

Относительные противопоказания к местной анестезии. При лечении зубов местная анестезия противопоказана пациентам с сахарным диабетом, тиреотоксикозом и другими заболеваниями эндокринной системы, почечной недостаточностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области, изменившими топографию костных каналов, нервных стволов и мягких тканей.

Обезболивание также затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Пациентам с аллергией на лекарственные вещества, применяемые для анестезии зубов, а также на их компоненты, лечение проводится только по заключению врача-аллерголога.

Возможные осложнения местной анестезии. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям: повышение температуры; аллергические реакции, обморок, коллапс, шок (при гиперчувствительности к препарату); токсические реакции, анафилактический шок, судороги, возникающие в результате непредвиденного восприятия организмом анестезирующего раствора; травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющихся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами; боль и жжение в месте инъекции (встречается часто и считается нормой); образование гематом (припухлостей и синяков) в месте укола; кровотечение из раневого канала; воздушная эмфизема тканей; отлом иглы во время инъекции (крайне редко); инфицирование тканей; преходящий спазм (тризм) жевательных мышц; случайное прикусывание мягких тканей (губ, щек, языка) вследствие временной потери чувствительности.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

- ✓ гематома после инъекции анестетика;
- ✓ боли в месте инъекции до трёх недель;
- ✓ луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполакиванием из лунки кровяного сгустка;
- ✓ кровотечение из лунки или разреза;
- ✓ парестезия в области языка, нижней губы;
- ✓ сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
- ✓ гайморит;
- ✓ попадание корня зуба в гайморову пазуху;
- ✓ появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка при хирургическом вмешательстве в период обострения;
- ✓ контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;

Другие виды осложнений:

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Кроме того, мне известно, что во время проведения стоматологического лечения возможно появление непредвиденных обстоятельств (индивидуальная непереносимость, развитие состояния, предполагающего коррекцию лечения, и другие причины), которые могут стать причиной внесения изменений в план обследования и лечения и предвидеть которые в момент оформления данного согласия невозможно.

Я обязуюсь соблюдать рекомендации и назначения врача. Мне известно, что при несоблюдении мною предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, - может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на проведение мне (представляемому лицу) (нужное отметить):

- удаления зуба (зубов) № _____
- местной инъекционной анестезии
- рентгенологического обследования перед хирургическим вмешательством

