ООО «Стоматология «Айболит»

строго руководствуется Основами законодательства об охране здоровья, Законом о защите прав потребителей, Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

ЗУБОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ

(ампутация корня, гемисекция, цистэктомия, апикотомия, гранулэктомия, остеоперфорация.)

1. Я нижеподписавшийся (аяся),_____настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст. 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии моего здоровья, а именно о нижеследующем:

1.1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания _____

(установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ - 10)

1.2. О результатах лечения и обследований, проведённых до настоящего момента.

1.3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.

1.4. Обо всех возможных вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения:_____

(все возможные виды и методы лечения: консервативное, оперативное и др.)

1.5. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне указанных в п. 1.4. видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства, указанному в п.1.4. _____

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятна суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания:

2.1. Добровольно в соответствии со ст.32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан даю своё согласие на проведение мне _____

(наименование манипуляции, процедуры и др.)

3. Я,доверяю врачу стоматологу-хирургу Сафронову И.В. провести хирургическую операцию. В исключительных случаях (например, болезнь врача) учреждение может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие._____

4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути операции (ампутация корня, гемисекция, цистэктомия, апикотомия, гранулэктомия, остеоперфорация.):

4.1. Суть операции_____.

4.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

4.3. Возможность проведения зубосохраняющей операции (_____) в 2 этапа, обусловленная особенностями течения воспалительного процесса.

4.4. Допустимость коррекции врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения или отказ от его осуществления на хирургическом этапе, о чём меня уведомит врач.

4.5. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно, (эндодонтическое многоэтапное лечение, удаление зуба с последующим протезированием).

4.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, что может привести к удалению зуба, а именно;

- Обострение хронического одонтогенного процесса, с возможным развитием острого воспалительного процесса в надкостнице и околочелюстных мягких тканях (флегмона, абсцесс, лимфаденит), в гайморовой пазухе, прогрессирование деструктивного процесса костной ткани.

4.7. Возможные последствия и осложнения на этапах и после лечения, а именно;

- под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, гематома, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.
- возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры, лейкопения.
- зубосохраняющая операция может осложниться кровотечением во время операции или после, воспалением надкостницы и околочелюстных мягких тканей, что потребует дополнительного лечения.
- зубосохраняющая операция на верхней челюсти может осложниться перфорацией гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; в боковом отделе нижней челюсти цистэктомия, гранулэктомия и ампутация корня может осложниться повреждением нижнего альвеолярного нерва приводящее к онемению губы, подбородка, дёсен, зубов в прооперированном участке, что потребует дополнительного лечения; из-за особенностей топографической анатомии и объёмов распространения деструктивного процесса в костной ткани возможно появление показаний к удалению «причинного» зуба.
- после операции могут быть боль в челюсти; послеоперационный отёк десны и мягких тканей; воспалительный процесс (альвеолит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона) требующий дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней; онемение нижней губы и подбородка на стороне операции; заложенность половины носа, что может потребовать дополнительного лечения и соблюдения домашнего режима и рекомендаций врача.

5. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

- принимать назначенные лекарства.

- не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока определённого врачом.
- не принимать алкоголя и наркотических средств.
- соблюдать гигиену полости рта и являться на контрольные осмотры.

6. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
7. Мне названы и со мной согласованы:
   - суть зубосохраняющей операции её методы и биоматериалы, которые будут использованы в процессе лечения.
   - Сроки проведения оперативного лечения и послеоперационного ведения.
   - Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня и обоснует это.
8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения необходимо;
   - консультация врача стоматолога ортопеда для определения возможности использования зуба для ортопедической конструкции.
   - предварительное терапевтическое лечение корневой системы зуба.
   - проведение диагностических и контрольных рентгенологических снимков (ортопантомограммы, прицельного снимка).
9. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

_____/_____/ Дата_____

(подпись Пациента) (Расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен _____(лечащий врач,)

_____/ _____/ Дата_____

(подпись) (Расшифровка подписи)