

## Информированное согласие на проведение хирургического лечения

Форма 27

Настоящее добровольное согласие составлено во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с целью обеспечить пациентов необходимой, доступной и достоверной информацией об услугах, оказываемых стоматологической клиникой. Я,

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество Пациента - полностью)

подтверждаю, что врач-стоматолог \_\_\_\_\_ провел (а) со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о:

- сути, целях и предполагаемых результатах показанной мне хирургической манипуляции;
- необходимости проведения дополнительного обследования для постановки окончательного диагноза;
- методах, предполагаемых этапах и средствах хирургического лечения;
- возможных альтернативных вариантах лечения;
- подготовительных мероприятиях перед началом лечения;
- возможных последствиях, рисках и осложнениях в ходе и по окончании лечения;
- предположительных стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

Я был (а) информирован (а) о том, что в ходе обследования мне был поставлен предварительный диагноз

\_\_\_\_\_  
Доктор ознакомил (а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Меня информировали о преимуществах предложенного мне вида хирургического лечения и о возможных альтернативных способах решения моей проблемы, в том числе и о консервативном подходе. Я выбираю показанный мне хирургический вид лечения.

Я ознакомлен (а) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом данного хирургического лечения. Лечащий врач понятно объяснил мне принципиальную необходимость осуществления комплексной стоматологической реабилитации, в состав которой входят и хирургические методы лечения.

Я согласен (а) с планом хирургического лечения и понимаю, что он не исключает возможности появления необходимых для осуществления лечебного плана дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе врачебных манипуляций или на этапах лечения. Это: оперирование под седацией, остеопластические манипуляции, операции на мягких тканях, добавления искусственной кости, использование различных резорбируемых и нерезорбируемых мембран, иных лекарственных и замещающих препаратов, наложения швов и т.д. Мне разъяснена их суть, цели, методы, а также стоимость согласно Прейскуранту, и я готов(а) полностью их оплатить в случае необходимости. Я оставляю за врачом право на выбор используемых им необходимых препаратов и материалов.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

Я понимаю, что, хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, он является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осведомлен (а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с хирургическим лечением, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, инфицирование, окрашивание зубов и мягких тканей. Длительность онемения языка, щек, губ, зубов не имеет четких временных рамок, но может быть и необратимой. Возможны: воспаление десен, повреждения соседних зубов или искусственных реставраций на них, задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д.

Я осознаю, что в случае отказа от предложенного хирургического лечения могут развиваться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей пародонта, инфицирование, гиперчувствительность зубов, нарастание степени их подвижности, следствием чего может стать последующее удаление вовлечённых в процесс зубов, возможные системные проявления моего заболевания, такие как: расстройства височно-нижнечелюстных суставов, головные боли, отраженные боли в задней части шеи и лицевых мышцах, хроническая усталость мышц при жевании.

Я понимаю, необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между стоматологом-хирургом и лечащим врачом-стоматологом. Мне понятно, что ни стоматолог-хирург, ни лечащий врач-стоматолог не будут нести никакой ответственности за результаты лечения на его этапах до завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам).

Врач-стоматолог объяснил мне, что нет возможности точно прогнозировать, как пройдет заживление. Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара может отрицательно влиять на заживление и снизить уровень успеха хирургической манипуляции.

Я обязуюсь выполнять все инструкции врача по уходу за полостью рта дома и посещать доктора с целью осуществления регулярных осмотров (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни), поскольку я понимаю важность и необходимость этого.

Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с определенной степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива заболевания по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление четких гарантийных сроков по данному виду работ затруднено.

Я понимаю, что успешный результат хирургического лечения может быть значительно снижен, а в ходе и по окончании лечения могут возникнуть осложнения и рецидивы, в случаях неявки на прием, невыполнения рекомендаций врача, нарушения правил гигиены полости рта, обращение до окончания лечения в другую стоматологическую клинику

Мне объяснили суть всех осложнений (дискомфортных состояний), которые могут возникнуть в связи с индивидуальной реакцией организма на лечение, и я понимаю, что возможное возникновение таких осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.

Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и последующего реабилитационного периода (формы: \_\_\_\_\_). Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а), в меру своей осведомленности, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Я осознаю, что на основании полученной информации я могу как отказаться от предложенного мне лечения, так и дать свое согласие на его проведение. При этом, при принятии данного решения на меня не оказывается никакого давления.

Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение следующего вида хирургического лечения:

---

Я согласен(на) на проведение фотосъемки, видеосъемки и видеозаписи для улучшения качества диагностики и анализа хода лечения.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Также по своему желанию сообщаю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья в случае необходимости. ]

---

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

Врач-стоматолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_