

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО  
ВНЕДРЕНИЮ ИМПЛАНТАТОВ, СИНУС-ЛИФТИНГ, НАПРАВЛЕННАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ,  
КОСТНАЯ АУТОПЛАСТИКА РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ)  
ООО «Лечебный центр «Вереск»

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

«   » \_\_\_\_\_ 20    г.

г. Великий Новгород

Я, \_\_\_\_\_, даю информированное согласие на предложенное мне медицинское

вмешательство - хирургическое лечение:

- операция по внедрению имплантатов;
- синус-лифтинг;
- направленная костная регенерация;
- костная аутопластика различными методами.

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) о лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями ведения, а именно о нижеследующем:

1. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

2. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (операция по внедрению имплантатов, синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами), 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. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения: мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).

4. 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.

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

- возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение кишечной микрофлоры;
- в процессе операции: кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда требует отказаться от продолжения и выполнения данной операции;
- после операции данные вмешательства сопровождаются дискомфортом, отеком, заложенностью носа, а также болезненностью, но эти симптомы исчезнут через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через три недели или больше.

6. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

7. Я информирован(а) о возможной необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (согласна) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

8. Я информирован(а) о необходимости в течение послеоперационного периода, оговоренного врачом, не работать, не управлять автомобилем, соблюдать щадящий режим диеты, принимать назначенные лекарственные средства.

9. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и

инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

10. Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) являться на назначенные доктором контрольные осмотры. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.

11. 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.

12. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

1

13. 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.

14. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

15. Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, и сроки проведения лечения.

16. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях хирургического лечения (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) и получены исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на хирургическое лечение (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я доверяю врачу \_\_\_\_\_ и принимаю решение осуществить хирургическое лечение (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.