

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«Удаление молочных зубов»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.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.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____ Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____ _____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на удаление молочных зубов соответствии с планом лечения.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

**Я осведомлен/а/ о возможных альтернативных способах лечения**, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован/а/, что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающиеся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

**Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:**

- Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- Сохранение припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- При аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе. 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 мин 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, шок, 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.

Я информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать ограничения: не жевать на стороне удаленного зуба, соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его 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 рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся заболеваниях.

Я осведомлен/а/ о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость дополнительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

**Я даю согласие на медицинское вмешательство и удаление молочных зубов.**

*Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.*

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

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)