

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

удаление экзостозов

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

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, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о способе, цели, характере предполагаемого хирургического вмешательства в области _____ зуба(ов). Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

1. Удаление экзостозов — это операция по устранению костных выступов (наростов) на челюстных костях, являющихся либо индивидуальной особенностью человека, либо последствием сложного удаления зубов, которые могут стать помехой для протезирования.
2. Я также понимаю, что выздоровление может занять время и будет полностью зависеть от выполнения мной рекомендаций врача.
3. При этом я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках.
4. Я также информирован(а), что в ряде случаев хирургическое лечение является единственным способом достижения желаемого результата.
5. Я понимаю, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), а также необходимость привлечения других специалистов, в том числе челюстно-лицевых хирургов.
6. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.
7. Я понимаю необходимость соблюдения гигиены и режима приема прописанных мне препаратов перед операцией и после ее.
8. При оказании хирургической помощи результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов, а также правил санитарно-эпидемиологического режима.
9. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.
10. Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.
11. Я ознакомил(а) лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислила медикаменты, которые принимаю.
12. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
13. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций 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 виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
14. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
15. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
16. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом).
17. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, 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.
18. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациент

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} / _____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}