

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
удаление зубов**

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, (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть), {Родитель}, являясь законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о способе, цели, характере предполагаемого хирургического вмешательства в области \_\_\_\_\_зуба(ов). Врач внимательно осмотрел моего ребенка, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

1. Последствием отказа от данной операции могут быть: прогрессирующие заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.
2. Я проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они могут включать в себя: ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, незначительное повышение температуры тела, кратковременное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение языка, губ, подбородка, зубов, затрудненное открывание рта и глотании, появление либо увеличение отека десны в области лечения, перфорация гайморовой пазухи при удалении зубов с верхней челюсти, кровотечение из лунки или разреза, кожная гематома (синяк), аллергические реакции и другие осложнения. В случае осложненных операций возможны повреждения смежных зубов, вывих или переломы челюсти.
3. Я понимаю, что после хирургического вмешательства в полости рта необходима антибактериальная, противовоспалительная и обезболивающая терапия.
4. Я ознакомил(а) лечащего врача с сопутствующими заболеваниями моего ребенка, перечислила медикаменты, которые он принимает.
5. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
6. 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 зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.
7. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
8. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
9. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
10. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
11. Я понимаю сущность операции и уникальность организма моего ребенка, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, а также способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента.
12. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.
13. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приводить своего ребенка на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом).
14. 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 ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
15. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства моему ребенку.

**Подпись представителя ребенка (мать, отец,  
опекун)**

**Подпись врача**

\_\_\_\_\_ / {Родитель}, /

\_\_\_\_\_ /{Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}