

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
неотложное лечение зуба**

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

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении следующего(их) зуба(ов) _____ . Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения, а также возможные осложнения.
2. Я согласен(а) на неотложное лечение (трепанация зуба, неотложное лечение корневых каналов, постановка девитализирующей пасты), чтобы, возможно, сохранить зуб от удаления. После этого неотложного лечения для устранения инфекции потребуется дополнительное лечение корневых каналов.
3. Я понимаю, что если в течение ближайшего времени, указанного врачом, такое лечение не будет выполнено, то воспаление может возобновиться или продолжаться, и неотложное лечение корневых каналов для сохранения моего зуба будет неэффективным.
4. Я ознакомил(а) лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислила медикаменты, которые принимаю.
5. Я проинформировала 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 в 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 другим осложнениям.
8. 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.
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 собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции.
12. 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.
13. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента

Подпись врача

_____/ {ФамилияИО} /

_____/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}