

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
проведение хирургического лечения периостита**

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), а также об основных преимуществах, недостатках и риске проводимых манипуляций.

1. Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема) Периостит челюсти – инфекционно-воспалительный процесс с локализацией очага в надкостнице альвеолярного отростка либо тела челюсти.
2. Периостит челюсти сопровождается формированием поднадкостничного абсцесса; отеком околочелюстных мягких тканей; болью с иррадиацией в ухо, висок, глаз; ухудшением общего самочувствия (слабостью, повышенной температурой тела, головной болью, нарушением сна). Диагноз периостита челюсти устанавливается на основании данных осмотра и пальпации, подтвержденных рентгенологически. Хирургическое лечение периостита челюсти включает вскрытие и дренирование поднадкостничного абсцесса, удаление зуба-источника инфекции, физиотерапию, полоскания полости рта, антибиотикотерапию.
3. Я также понимаю, что выздоровление может занять время и будет полностью зависеть от выполнения мной рекомендаций врача.
4. При этом я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках.
5. Я также информирован(а), что в ряде случаев хирургическое лечение является единственным способом достижения желаемого результата.
6. 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.
7. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.
8. Я подтверждаю, что сообщил(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.
9. Я понимаю необходимость соблюдения гигиены и режима приема прописанных мне препаратов перед операцией и после ее. Я осведомлен(а) о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех рекомендаций врача.
10. 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.
11. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.
12. Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.
13. Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а также в ходе хирургического вмешательства и после него: под влиянием анестезии: боль при введении анестетика, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затрудненное открывание рта, поломка иглы, недостаточное обезболивание, избыточное распространение анестетика, отек мягких тканей, продолжительное нарушение чувствительности, локальное побледнение кожи, образование гематомы, повреждение анестезируемых тканей, прикусывание губ и щек, инфицирование, некроз ткани, аллергические реакции, снижение внимания, обморок, анафилактический шок, гипертонический криз; коллапс; при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры; боли в месте инъекции;
14. После лечения периостита челюстей в большинстве случаев наступает восстановление внешнего вида слизистой оболочки, удается добиться отсутствия прогрессирования заболевания.
15. На любом этапе оказания помощи могут появиться новые поражения или осложнения, обусловленные проводимой терапией (например, рецидив, аллергические реакции), что повлечет оказание дополнительной медицинской помощи, проводимой по протоколу соответствующего осложнения.
16. При отсутствии лечения и невыполнении рекомендаций, на любом этапе может развиться новое заболевание, связанное с основным – воспалительный процесс переходит на следующую фазу – острый гнойный периостит, который распространяется на кость или околочелюстные мягкие ткани с образованием остеомиелита, секвестра, абсцесса или флегмоны. Длительное воспаление приведет к гиперостозу.
17. Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.
18. Я предоставил(а) сведения обо всех травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках, витаминах), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.
19. Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.
20. 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.
21. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
22. 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.
23. Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишаю врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.
24. Я доверяю лечащему врачу и 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.
25. Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.
26. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента

Подпись врача

_____/ {ФамилияИО} /

_____/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}