

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

пластика уздечки губ и(или) языка

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

1. Пластику уздечки языка проводят, если уздечка слишком короткая и нарушает движения языка; с целью формирования у младенца правильного захвата груди матери, при проблемах со вскармливанием; профилактики неправильного произношения звуков; восстановления стоматологического здоровья – короткая уздечка языка может способствовать появлению диастемы (щели) между нижними передними зубами, развитию локального гингивита и оголению корней зубов. Проводится под анестезией, уздечка рассекается, формируется место ее нового прикрепления при помощи швов; операция может выполняться лазером.
2. Пластика уздечки губы может потребоваться по логопедическим и ортодонтическим показаниям: слишком короткая уздечка вызывает трудности с произношением звуков, требующих участия губ; неправильное прикрепление уздечки приводит к выдвиганию передних зубов, расхождению центральных зубов с образованием щели между ними, оголению корней. Проводится под анестезией, уздечка рассекается, швами формируется её новое положение; операция может выполняться лазером.
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 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.
8. Я понимаю необходимость соблюдения гигиены и режима приема прописанных мне препаратов перед операцией и после ее.
9. 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.
10. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.
11. Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.
12. Я ознакомил(а) лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислила медикаменты, которые принимаю.
13. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
14. 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.
15. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.
16. 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.
17. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом).
18. 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.
19. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Подпись представителя ребенка (мать, отец, опекун)

Подпись врача

_____/ {Родитель}, /

_____/ {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}