

**Информированное добровольное согласие
на проведение шинирования 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, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о способе, цели, характере предполагаемого хирургического вмешательства. Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

1. Шинирование — это метод остеосинтеза, при котором используется специальная шина или фиксирующий элемент для поддержки сломанных или смещенных костей челюсти. Основная цель шинирования — обеспечение правильного положения костных отломков, предотвращение их смещение и соедствие слиянию.
2. Процесс шинирования. Диагностика. Сначала пациент проходит полное обследование, включая рентген, чтобы подтвердить наличие перелома и оценить его характер. Подготовка к операции. Пациенту могут предложить анестезию. Ее тип определяется в зависимости от сложности вмешательства и состояния пациента. Установка шины. Хирург устанавливает шину, которая может быть произведена из различных материалов (металл, пластик). Шина прикрепляется к челюсти с помощью винтов, скоб или других фиксирующих элементов. Контроль положения. В процессе операции врач визуально контролирует правильное положение отломков, чтобы обеспечить их правильное слияние.
3. Несмотря на высокую эффективность шинирования, возможны некоторые осложнения, такие как: инфекции. При недостаточной гигиене или несоблюдении врачебных рекомендаций. Неправильное слияние костей. Такое происходит, если шина не обеспечила должной стабильности. Боль и дискомфорт. Временное явление, которое обычно проходит с процессом заживления.
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 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 собственного организма, 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 приходить 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 заболевания 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.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ / {Прнем.Врач.ФамилияИмяОтчество}