



## Добровольное информированное согласие на стоматологическое хирургическое вмешательство в ООО «НИКОР-МЕД»

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт \_\_\_\_\_,  
Выдан: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_.  
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь следующего медицинского вмешательства: **стоматологического хирургического вмешательства** \_\_\_\_\_ (указать номер зуба), по поводу диагноза (наименование и код по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано ООО «Никор-Мед», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01162-50/00326642 от 18 августа 2016 г., выдана Министерством здравоохранения Московской области, (далее - Клиника), на проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача \_\_\_\_\_.

Я получил(а) подробные объяснения в понятной и доступной форме по поводу моего заболевания/ заболевания моего подопечного и рекомендованного плана лечения, целей, методов оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предполагаемый результат медицинской помощи. Я так же проинформирован(а) врачом, что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного надлежащего хирургического вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма, а так же наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области: послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; возможность болевых ощущений; гематома, кровотечение; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции; прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении. Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов острых краев лунки, повреждение соседних зубов и пломб, частичное или полное расхождение швов, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, перелом челюсти, попадание корня зуба в гайморову пазуху, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, наличие фрагментов корней молочного зуба при наличии близко расположенного зачатка постоянного зуба, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказания медицинских услуг. Я понимаю, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Я информирован(а) о необходимости проведения местной инъекционной анестезии. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. Выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Указать анестетик: \_\_\_\_\_.

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Я информирован(а) и осознаю, что проведение местной анестезии у детей до 4-х лет проводится с осторожностью (до 4 лет эффективность и безопасность не определены).

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать травматизацию нервных окончаний и сосудов, проявляющуюся потерей чувствительности, невритом, нейропатией; вызвать образование внутреннего кровотечения, постинъекционной гематомы и отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Я информирован(а), что без анестезии хирургическое медицинское вмешательство невозможно. Альтернативой является отказ от лечения. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов, инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, травм, операций, принимаемых лекарственных препаратов, наркотических и токсических средств, алкоголя, которые

могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на его проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, а так же в случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения по замещению отсутствующих зубов будет проведен в сроки, установленным врачом в предварительном плане лечения с учетом индивидуальных особенностей организма. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной эффективности вмешательства. Оплата ортопедического этапа лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта исполнителя на момент проведения этапа протезирования.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы овецественных результатов хирургического вмешательства и ознакомлен(а) с условиями представления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/лица, чьи интересы я представляю не будет упомянуто.

Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения медицинского вмешательства и после него, о необходимости изменения режима и характера питания, о необходимости профессиональной гигиены полости рта (с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит уровня индивидуальной гигиены полости рта. Я понимаю необходимость регулярно приходить на профилактические осмотры по графику, оговоренному с врачом. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина) Телефон \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина) Подпись \_\_\_\_\_

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Дата	Подпись пациента или законного представителя/расшифровка	Подпись врача/расшифровка	Дата следующего визита (по актуальности)

Подпись пациента / законного представителя \_\_\_\_\_