

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение хирургического лечения**

г.Люберцы, ул Кирова 7

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьёй № 20  
Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 13.07.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской  
Федерации"**

Я (клиент, законный представитель) **ФИО**, получил (-а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условия для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет вмешательства в ткани организма. Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями моего организма и несоблюдением рекомендаций врача. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

В ряде случаев, при удалении зуба на верхней челюсти, фрагмент корня зуба может провалиться в гайморову пазуху, что приведёт к расширению вмешательства вплоть до госпитализации. При удалении дистопированных (нетипично расположенных), ретинированных (непрорезавшихся) зубов или зубов, ранее лечённых, может произойти отлом фрагмента зуба, что также может привести к расширению вмешательства вплоть до госпитализации.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Может возникнуть отечность десны или лица в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться нескольких дней. Вследствие оперативного лечения также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. В таком случае альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение). В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

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. Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и недомогания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я осведомлён (а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее по назначению врача. После операции необходимо соблюдать щадящую диету, особый режим гигиены полости рта (щадящая чистка зубов, противопоказано интенсивное полоскание какими-либо растворами), не греть область операции.

Я понимаю, что в связи с индивидуальными особенностями моего организма, при оказании хирургической помощи результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне стоматологического хирургического лечения.

Подпись (клиент, законный представитель)/Расшифровка \_\_\_\_\_/

Подпись врача/Расшифровка \_\_\_\_\_/