

Добровольное информированное согласие пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство

Я, _____
(ФИО пациента/законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем пациента _____,
(ФИО несовершеннолетнего пациента)

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство _____ по поводу диагноза: _____

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативные варианты обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснен в понятной и доступной форме основной план лечения.

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 хирургического вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма:

– послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи;

– гематома, кровотечение;

– ограничение открывания рта;

– онемение губы, подбородка, языка;

– перфорация дна гайморовой пазухи;

– аллергические реакции;

либо обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области:

– 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) 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 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, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. 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. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю 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.

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.

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 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 лечения, либо дать свое согласие.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____ / _____ /.
(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /.