

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ООО СТОМАТОЛОГИЯ «МАГИЯ УЛЫБКИ»

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. проинформирован(а) о необходимости хирургической операции _____

Я получил(-а) подробное объяснение по поводу моего заболевания и осведомлен(-а):

1) О последствиях отказа от данного лечения/операции, в том числе:

- прогрессирование заболевания,
- развитие инфекционных осложнений,
- появление болевых ощущений,
- обострение системных заболеваний организма;

2) Обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время хирургической операции и в послеоперационном периоде, в том числе:

- возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- возможность сохранения припухлости мягких тканей;
- повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического обследования и контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(-а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, в том числе антибиотиков, анальгетиков и сульфаниламидов. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(сна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я понимаю, что в моих интересах приступить к операции. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я получил(-а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в ООО Стоматология «Магия Улыбки» и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я доверяю врачу стоматологу-хирургу ООО Стоматология «Магия Улыбки» и согласен(-на) провести хирургическое лечение.

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

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Врач: _____ / _____
ФИО подпись

Пациент: _____ / _____
ФИО подпись пациента или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Дата: «__» _____ 20__ г.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ В ООО СТОМАТОЛОГИЯ «МАГИЯ УЛЫБКИ»

Операция имплантация, является хирургическим вмешательством на тканях челюстно - лицевой области. Полость рта и послеоперационная рана не является стерильной, учитывая это в некоторых случаях, в послеоперационном периоде могут появиться следующие симптомы: боль в области оперативного вмешательства, отек мягких тканей лица, гематома (синяк) со стороны кожных покровов, кровоточивость, воспаление слизистой оболочки в области раны и др.

Частота и выраженность указанных жалоб в настоящее время крайне невелики, и зависят от сложности и длительности проводимого вмешательства, индивидуальных особенностей пациента, а так же от соблюдения пациентом рекомендаций. С целью предупреждения или уменьшения выраженности данных симптомов, а так же благоприятного течения послеоперационного периода и соответственно, как следствие, успеха имплантации мы рекомендуем следующее медикаментозное лечение объем и длительность медикаментозной терапии меняется лечащим врачом в зависимости от объема и сложности операции:

- **Сумамед** (500 мг) – 1 таблетка (1 раз в день) – 3 дня
- **Амоксиклав** (625 мг) – 1 таблетка через каждые 8 часов (3 раза в день) первые 3 дня. Затем 2 раза в день в последующие 3 дня.
- **Цитрин** (блокатор гистаминовых H₁-рецепторов. Противоаллергический препарат) – 1 таблетка 1 раз в день в течении курса приема антибиотиков.
- **Найз** (100 мг) – 1 таблетка через час после операции, далее по 1 таблетки каждые 8 часов первые 2 дня, в последующие дни – при наличии болей, обезболивающий и противовоспалительный препарат.
- **Лактофилтрум** (энтеросорбент, регулирующий равновесие кишечной микрофлоры) – принимать совместно с антибиотиком.

С завтрашнего дня:

- **Мирамистин** (аэрозоль) или **Хлоргексидин** (0,05%) – раствор для обработки швов, ванночки или орошения (исключая активные движения мимической мускулатуры), выдержать в полости рта по 10-15 секунд 6-8 раз в день, остатки раствора сплевывать.

ВАЖНО:

- исключить прием пищи в течение 2-х часов после операции, а так же прием жесткой, горячей пищи, алкогольных напитков в течении 3-х дней;
- исключить физические нагрузки, горячие ванны в день операции. Не рекомендовано курение (по крайней мере в первые 48 часов после операции);
- в первый час после операции - прикладывать холод со стороны кожных покровов соответственно месту операции с целью уменьшения кровоточивости ран и послеоперационного отека мягких тканей;
- любые сосудосуживающие препараты для носа (назол, називин и тп.) - 2 раза в день при наличии кровянистого отделяемого (сгустков) из носового хода после операции синус – лифтинг.

ОБЯЗАТЕЛЬНО:

Через 4 месяца после операции имплантации, пройти компьютерную томографию (КЛКТ) и прийти со снимком на приём к врачу.

Врач:

_____/_____
ФИО подпись

Пациент:

_____/_____
ФИО подпись пациента или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Дата: «__» _____ 20__ г.