

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на операцию.

Этот документ свидетельствует о том, что в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы хирургического лечения (хирургических манипуляций), связанные с ним риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, вероятность развития осложнений.

1. Я, _____, Поставлен (а) в известность, что цель операции – получение наиболее благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.
2. Я соглашаюсь с тем, что операцию _____ мне будет выполнять врач _____, а в случае форс-мажорных обстоятельств мне будет предоставлен другой врач после предварительного уведомления и получения моего согласия.
3. Мне понятно, что основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи 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. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (периостита, остеомиелита, верхнечелюстного синусита, абсцесса, кисты и др.).
4. Я понимаю, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны и мягких тканей лица в области проведенной операции, внутритканевые кровоизлияния (гематомы), тризм (ограничение открывания рта), парестезии (онемение языка, зубов, тканей губ и подбородка), которые могут быть в течение нескольких дней и дольше.
5. Я осведомлен (а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.
6. Мне понятно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема). В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического лечения.
7. 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.
8. Я понимаю, что последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.
9. Я информирован (а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Мне понятно, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.
10. Мне сообщена предварительная стоимость планируемого лечения, которая будет окончательно установлена по окончании реализации согласованного со мной плана стоматологического лечения.
11. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

12. Я информирован (а) о возможных побочных действиях, используемых при моем лечении лекарственных препаратов (анестетики, антисептики, антибиотики и др.), используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия.
13. Я предупреждена о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я знаю и полностью осознаю, что курение является фактором риска при проведении костнопластических операций и делает результат операции непрогнозируемым. Принимаю собственные меры ответственности за результат лечения на себя в случае несоблюдения рекомендации врача отказаться от курения. При этом я информирован (а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.
14. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения, или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного плана стоматологического лечения. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный исход планируемого лечения. Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены квалифицированным специалистом в соответствии с профессиональными стандартами и требованиями. Я осознаю, что проводимое мне лечение, в том числе медицинское вмешательство, не гарантирует 100 % выздоровления.
15. Я даю согласие на фотографирование, съемку и рентгенологическую запись во время стоматологических процедур и публикацию этих снимков исключительно в медицинских целях с учетом сохранения врачебной тайны, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой или проводившим процедуру врачом данных фотографий, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации (тайны о пациенте) нарушен не будет.
16. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
17. О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после я осведомлен (а): в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, ограничение физических нагрузок и переохлаждений в течение определенного срока после операции, необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта, прием медикаментозных препаратов.
18. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) исчерпывающие ответы на них.
19. Мною согласован и одобрен предложенный предварительный план стоматологического лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, и подтверждаю согласие на проведение хирургического лечения.
20. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Подпись пациента _____

Дата _____

Подпись врача _____

Дата _____

Рекомендации на руки получил (а) _____

Дата _____