

**Информированное согласие пациента, не достигшего возраста 18 лет, на проведение амбулаторного стоматологического хирургического вмешательства в стоматологической клинике ООО «Яблоков и Ко»**

Я, \_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О., число, месяц, год рождения законного представителя)*

являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., число, месяц, год рождения несовершеннолетнего(ей))*

обращаюсь в ООО «Яблоков и Ко» для проведения амбулаторного стоматологического хирургического вмешательства представляемому(ой) мной несовершеннолетнему(ей), именуемому(ой) в дальнейшем Пациент. Я подробно и в доступной для меня форме информирован(а) лечащим врачом о состоянии стоматологического здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии стоматологического заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения (терапевтического, медикаментозного, оперативного, ортопедического), связанном с ними риске, а также последствиях отказа от медицинского лечения. Мне разъяснено, что я должен(на) поставить врачей в известность обо всех проблемах со здоровьем Пациента в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами.

Я проинформирован(а) о необходимости хирургического вмешательства (удаление зубов и корней, хирургическое лечение десен, пластика уздечек, удаление костных и мягкотканых образований, хирургических разрезов и пр.), получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения. Все положения и термины мне разъяснены врачом и понятны. Я пришел(ла) к выводу, что Пациенту необходимо проведение хирургического вмешательства. Я получил(а) подробные объяснения по плану лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции и при приеме лекарственных средств. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии Пациента на лекарственные и другие средства в прошлом и в настоящее время.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров (внутриротовые рентгенограммы, панорамная и компьютерная томография).

Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, головную боль, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления) – 90-95%.

Я осознаю, что стоматология и хирургия не являются точной наукой, и поэтому врачи не могут полностью гарантировать результат. Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, и данная операция имеет определенную степень риска. Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения.

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, костнозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида на усмотрение лечащего врача в момент и после операции. Я согласен(на), что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решению в пользу здоровья Пациента и лучшего результата.

Я добровольно принимаю на себя обязанность обеспечить соблюдение Пациентом рекомендаций и предписаний лечащего врача, регулярный прием назначенных препаратов, явки на контрольные осмотры. Я обязуюсь своевременно информировать врача о проблемах Пациента, возникших в процессе лечения или по его окончании, для того, чтобы свести риски к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия Пациента, согласовывать с врачом приём любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

Я понимаю риск возможных осложнений после хирургических вмешательств, таких как: воспаление десны; гематома после инъекции анестетика; боль в месте инъекции до трех недель; луночковые боли после удаления зуба; развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполоаскиванием из лунки кровяного сгустка; кровотечение из лунки или разреза; парестезия в области языка, подбородка, губы; сообщение полости рта с гайморовой пазухой; гайморит; попадание корня зуба в гайморову пазуху; гематома; появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека при хирургическом вмешательстве в период обострения; контрактура жевательных мышц после удаления зуба; боли при глотании; ограничение открывания рта; повышение температуры тела; некротические изменения в кости; перелом челюсти; реакции на медикаменты до, во время и после хирургического вмешательства и пр.

Я понимаю необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами в оговоренные сроки, если такие рекомендации были даны врачом.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого Пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций медицинского работника, следования принципам здорового образа жизни.

Я осознаю свою ответственность за сохранение здоровья Пациента и обязуюсь обеспечить соблюдение им правил личной гигиены полости рта, согласен(на) обеспечить его явки на профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев (либо иной период, рекомендованный врачом) для ревизии состояния зубов и десен, а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом. Я знаю, что в случае несоблюдения Пациентом гигиены полости рта и в случаях неявки на плановые профилактические осмотры возможно ухудшение состояния зубов, десен и костной ткани, способное привести к необходимости замены пломб, возникновению проблем с ортопедической конструкцией, требующих ее замены, стать причиной потери зубов.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно заболевания Пациента и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснено значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я принимаю решение приступить к лечению Пациента на предложенных условиях.

№ зап.	Дата приема	Манипуляции	«С манипуляцией ознакомлен(а), все термины ясны, осложнения и риски манипуляции понятны. Даю согласие на проведение медицинского

			<b>вмешательства».</b> <b>Подпись пациента.</b>

Законный представитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Дата «    »    202    г.

ОБРАДОВА