

Информированное добровольное согласие на ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

На основании ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 и приказа МЗ и СР РФ № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств...» от 23.04.2012 г., ст. 10 «Закона о защите прав потребителей»)

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить свою подпись!

Фамилия, имя, отчество _____

1. Даю согласие на опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр в т.ч. пальпацию и перкуссию, антропометрические исследования, термометрию.
2. Я информирован(а) об имеющихся у меня заболеваниях полости рта, требующих хирургического вмешательства _____
3. Мне известен предварительный диагноз, а также объем (план) необходимого хирургического лечения _____
4. Я предупрежден(а) о применении рентгенографии.
5. Я предупрежден(а) о применении лабораторных методов исследования, в т.ч. клинических, бактериологических, биохимических, вирусологических, иммунологических.
6. Я предупрежден(а) о введении лекарственных препаратов по показаниям врача в/м, в альвеолярный отросток.
7. Я предупрежден(а) о том, что при хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение некоторых физических и нравственных страданий.
8. Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный РИСК и возможность возникновения НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ при хирургическом вмешательстве, некоторые из которых могут быть серьезными. Эти осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:
 - а) лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожных покровов в области челюстей, глаз и носа, длящиеся обычно несколько дней;

- б) болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель;
- в) может произойти некоторая потеря чувствительности или появиться онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев;
- г) кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;
- д) при обезболивании и индивидуальном расположении — повреждение нервно-сосудистого пучка;
- е) при удалении зуба — перелом корня;
- ж) при удалении жевательных зубов верхней челюсти и низко расположенном дне гайморовой пазухи — перфорация дна гайморовой пазухи и попадание в нее корня зуба;
- з) воспаление лунки;
- и) рецидив хронических заболеваний;
- к) аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция и реакция со стороны сердечно-сосудистой системы при проведении обезбоживания.
- л) как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность послеоперационной инфекции.
- к) длительное заживление раны и возможность появления воспалительного процесса при диабете.

9. Меня предупредили, что самые современные медицинские технологии не могут исключить вероятность вышеназванных побочных эффектов и осложнений.

10. Я понимаю, что в этом случае поликлиника не несет ответственности за наступившие осложнения.

11. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять после хирургического вмешательства.

12. Пациент имеет право отказаться от одной или нескольких услуг, согласно перечня, и он информирован о возможных последствиях.

**Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО У МЕНЯ БЫЛА ПОЛНАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОЧИТАТЬ
И МНЕ ПОЛНОСТЬЮ ПОНЯТЕН СМЫСЛ КАЖДОГО ПУНКТА ДАННОГО ДОКУМЕНТА.
Я ДОБРОВОЛЬНО И ОСОЗНАННО ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
НА ВЫШЕУКАЗАННЫХ УСЛОВИЯХ.**

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись медработника _____