

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОСМОТР,
КОНСУЛЬТАЦИЮ, СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

3-69.15

Я, _____
соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, лечение, которые будет проводить врач-стоматолог-хирург _____

Мне известно, что до начала хирургического лечения я могу отказаться от его проведения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз: _____
2. Манипуляции: _____
3. Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое)

Врач информировал меня о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно:

Я осведомлен(а) о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией.

Я предупрежден(а) о возможном риске и осложнениях при проведении анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, ограниченное открывание рта, снижение внимания, аллергические реакции вследствие индивидуальной непереносимости, обморок, коллапс, травмирование нервных окончаний (парез, парестезия, невралгия).

Основные осложнения оперативного лечения: в процессе лечения - дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение, повреждение соседних зубов и пломб; повреждение нерва, приводящее к онемению губы, подбородка, десен, зубов, языка (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти, открытие гайморовой пазухи, придаточных пазух носа (связанное с индивидуальными анатомическими особенностями), что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;

после лечения - инфекция, требующая дополнительного лечения; ограниченное открывание рта в течении нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка альвеолярной кости в челюсти; формирование рубца.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации в зоне послеоперационного дефекта может привести к последующему этапу оперативного лечения - замещению костного дефекта. Я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (расширение или отказ от запланированного объема). Я согласен с возможным расширением объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

В дальнейшем, после завершения вмешательства и периода заживления, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста.

Я осведомлен(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее: гигиена полости рта, щадящая диета, посещение врача для осмотра в назначенное время. Я осведомлен, что в день операции не рекомендовано управление транспортным средством.

Я принимаю решение к лечению на предложенных условиях.

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача

Дата	№ зуба	Подпись пациента	Подпись врача