

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
составлено в соответствии ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказа Минздрава России от 20.12.2012 г. №1177н.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, год рождения гражданина, либо законного представителя)

действуя в интересах несовершеннолетнего ребенка (подопечного) законным представителем которого я являюсь,

(Ф.И.О., гражданина до 15 лет – полностью, з/р)

находясь на лечении в АУ «Пыть-Яхская городская стоматологическая поликлиника» получил(а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящей операции _____ и всех необходимых манипуляциях, связанных с данным хирургическим вмешательством.

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах моего здоровья (моего ребенка), индивидуальной непереносимости лекарственных средств* _____ о перенесенных травмах, операциях.

Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, возможна перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Имеющиеся хронические, либо острые патологические процессы (остеомиелит, кисты и др.) могут привести к прободению твердого неба, нижнечелюстного канала, дна полости носа и придаточной пазухи, перелом кости челюсти, флегбитам и другим неожиданным последствиям. Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога(ов) иного профиля консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться несколько дней. Вследствие оперативного лечения также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение).

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и недомогания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Я осведомлен(а) о требуемом гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее.

При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведения лечения специалистам соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Лечащий врач объяснил мне, что невозможно дать точный прогноз по заживлению десен челюстных костей у пациента в послеоперационный период. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда приходится удалять рядом стоящие зубы, в связи с развивающимися событиями. Я согласен(на) на проведение метода анестезии мне (моему ребенку) выбранное лечащим врачом. Я согласен(на) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения. Я обязуюсь регулярно посещать лечащего врача для осмотра и профилактических процедур и выполнять требования лечащего врача относительно лечения. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также информирован(а) о последствиях несвоевременного лечения.

Я имел возможность задать врачу все интересующие вопросы о сути и условиях операции по удалению зуба и на все необходимые сопутствующие манипуляции, связанные с хирургическим вмешательством и получил на них исчерпывающие и полные ответы, разъяснения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и принимаю решение приступить к операции по удалению зуба и на все необходимые сопутствующие манипуляции, связанные с хирургическим вмешательством на предложенных условиях.

✓ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.

Подпись пациента _____,

✓ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Подпись пациента _____,

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____