**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение хирургического лечения.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323 -ФЗ, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью проведения хирургического лечения.

Я подтверждаю, что врач стоматолог-хирург провел (а) со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о:

- цели и сути предстоящей мне хирургической манипуляции;

- возможных альтернативных вариантах лечения;

- необходимых подготовительных мероприятиях перед началом лечения;

- возможных рисках и осложнениях в ходе лечения;

- ориентировочной стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

На основании полученной информации я могу либо отказаться от предложенного мне хирургического лечения, либо дать свое согласие на его проведение.

Я подтверждаю, что:

Врач стоматолог-хирург ознакомил (а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня информировали о преимуществах предложенного мне вида хирургического лечения и о возможных альтернативных способах решения моей проблемы, в том числе и о консервативном подходе. Я выбираю показанный мне хирургический вид лечения.

Я ознакомлен (а) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом данного хирургического лечения. Лечащий врач понятно объяснил мне принципиальную необходимость осуществления комплексной стоматологической реабилитации, в состав которой входят и хирургические методы лечения.

Я согласен (а) с планом хирургического лечения и понимаю, что он не исключает возможности появления необходимых для осуществления лечебного плана дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе врачебных манипуляций или на этапах лечения. Это: оперирование под седацией, остеопластические манипуляции, операции на мягких тканях, добавления искусственной кости, использование различных резорбируемых и нерезорбируемых мембран, иных лекарственных и замещающих препаратов, наложения швов и т.д., и готов (а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор используемых им необходимых препаратов и материалов.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

Я понимаю, что хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, он является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осведомлен (а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с хирургическим лечением, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, в послеоперационный период - инфицирование. Длительность онемения языка, щек, губ, зубов не имеет четких временных рамок, но может быть и необратимой. Возможны: воспаление десен, повреждения соседних зубов или искусственных реставраций на них, задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д.

Я осознаю, что в случае отказа от предложенного хирургического лечения могут развиться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей пародонта, инфицирование, гиперчувствительность зубов, нарастание степени их подвижности, следствием чего может стать последующее удаление вовлечённых в процесс

зубов, возможные системные проявления моего заболевания, такие как: расстройства височно- нижнечелюстных суставов, головные боли, отраженные боли в задней части шеи и лицевых мышцах, хроническая усталость мышц при жевании.

Мой врач-стоматолог объяснил мне, что нет возможности точно прогнозировать, как пройдет заживление.

Я понимаю, необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между стоматологом - хирургом и лечащим врачом- стоматологом.

Мне понятно, что ни стоматолог-хирург, ни лечащий врач-стоматолог не будут нести никакой ответственности за результаты лечения на его этапах до завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам). Это положение спорно, так как пациент всегда имеет право отказаться от лечения на любом этапе и выбрать другого стоматолога, все договоренности о лишении этого права ничтожны. Ответственность предыдущего стоматолога может наступить только в том случае, если лечение проводилось неправильно, а не потому что было прервано лечение.

Я понимаю, что курение, употребление алкоголя и сахара может отрицательно влиять на заживление и снизить уровень успеха хирургической манипуляции.

Я обязуюсь выполнять все инструкции врача по уходу за полостью рта дома и посещать доктора с целью осуществления регулярных осмотров (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с определённой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива заболевания по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление четких гарантийных сроков по данному виду работ затруднено.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.

Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и последующего реабилитационного периода. Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а), в меру своей осведомлённости, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.

Я согласен (а) на проведение выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.

Я согласен (а) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи, проведение рентгеновских исследований для улучшения качества диагностики и анализа хода манипуляции.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение хирургического лечения. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я согласен (а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность идентифицировать меня.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Это предложение исключить, так как последнее предложение полностью его повторяет.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_