**Информированное добровольное согласие на**

**зубосохраняющие (резекция верхушки корня, цистомия, гемисекция) операции**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со *ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"*, сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

 Я, **,** проинформирован(а) о поставленном диагнозе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(диагноз)

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я соглашаюсь на проведение мне операции:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении, в том числе о преимуществах и сложностях как этого, так и других методов лечения.

Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зуба(ов). Альтернативным способом лечения является удаление зуба(ов). Я соглашаюсь с тем, что результатом лечения является неопределенный срок времени (точный срок предсказать невозможно в силу сложности биологического организма) в течение которого не происходит прогрессирования заболевания зуба(ов) и их можно не удалить.

Я соглашаюсь с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

* Боль, тошнота, воспаление, кровотечение из раны в послеоперационном периоде;
* Онемение языка, губ, подбородка, зубов;
* Ощущение дискомфорта после лечения продолжающееся до нескольких дней;
* Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух;
* Ограниченное открывание рта;
* Развитие послеоперационных отеков;
* В крайне редких случаях - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я понимаю, что невозможно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, и, что бывают случаи, когда зуб приходится удалять в связи с развившимся осложнениями.

Я соглашаюсь регулярно посещать лечащего врача для осмотра и профилактических процедур.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся заболеваниях. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе, аллергии и состояний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

 Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести каче­ственное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопо­казаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я одобряю рекомендуемое лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты и изменения общего плана лечения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г