Приложение к Договору № _____ от _____ г
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
(НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ: УДАЛЕНИЕ ЗУБА)
ООО «Евромед»

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

Я , являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть)_____ _____ даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: удаление зуба (зубов)

Я получил(а) от врача _____всю интересующую меня информацию о поставленном диагнозе_____и предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. Цели лечения. Операции по удалению зуба (зубов) выполняется в целях остановки (предотвращения) патологического процесса; предупреждение развития осложнений. Операция удаления зубов является одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств, которые по времени ее выполнения может колебаться от нескольких минут до 1 часа и более.

2. Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства. Операция по удалению зуба (зубов) будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба», утвержденными Постановлением № 14 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 24 апреля 2018 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе периостит», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе перикоронит», утвержденными Постановлением № 11 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 26 сентября 2017 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Удаление зуба - это хирургическая операция. При этой операции зуб извлекают из лунки альвеолярного отростка челюсти при помощи специальных инструментов. Для этого необходимо отслоить десну, разрушить связочный аппарат, связывающий зуб с альвеолой, и извлечь зуб. Все эти элементы операции выполняются под обезболиванием, так как удаление подвижных зубов может вызвать сильные болевые ощущения. Операция по удалению зуба (зубов), как правило, выполняется по следующему алгоритму:

- Перед удалением зуба проводится рентгенологическое исследование. 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 рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.
- Вводится анестезия. 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 раствора 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. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и

лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Препарат для анестезии подбирают с учетом аллергологического анамнеза и наличия сопутствующей патологии. Проводят местную анестезию: аппликационную, инфильтрационную или проводниковую.

- Проводится отделение круговой связки от шейки зуба при помощи гладилки, узкого распатора или скальпеля. Наложение щипцов на коронку удаляемого зуба. Продвижение щечек щипцов вдоль оси зуба, их фиксация. Проведение люксации и/или ротации зуба (расшатывание зуба). Экстракция (извлечение) зуба. Кюретаж, ревизия (осмотр) лунки, удаление патологических тканей. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носоротовая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости. Гемостаз (остановка кровотечения). При необходимости – укладка медикаментозных препаратов или остеопластического материала с наложением швов на лунку. При удалении многокорневых зубов при помощи бормашины, физиодиспенсера или долота проводится сепарация корней. При разрушении зуба ниже уровня десны и безуспешности применения элеватора, с помощью бормашины, физиодиспенсера или долота создается зазор между корнем зуба и альвеолой, куда помещается рабочая часть элеватора. После удаления зуба лунка заполняется кровяным сгустком. Постепенно в течение двух недель он подвергается рассасыванию.

Выбор методов медицинского вмешательства, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить операцию по удалению зуба (зубов), я могу отказаться от нее.

Последствиями отказа от операции по удалению зуба (зубов) могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений; периостит; вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей; появление болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки и объемы лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

3. Риски, последствия, осложнения. Я понимаю, что операция по удалению зуба (зубов) является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Хирургическое лечение (удаление зуба) в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно травмирование нижнечелюстного канала и нерва, онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции по удалению зуба (зубов): отечность десны, онемение в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; альвеолит (воспаление лунки) - возникает достаточно часто при несоблюдении правил удаления, рекомендаций врача или неполном удалении зуба; остеомиелит - прогрессирующий воспалительный процесс в кости челюсти, который может привести к постепенному некрозу кости; перелом кортикальной пластинки с язычной стороны во время удаления зуба(ов); тризм (ограниченное открывание рта) - в течение нескольких дней и дольше; болевые ощущения; длительные кровотечения и гематомы; гайморотомия (проталкивание зуба в гайморову пазуху); повреждение других имеющихся зубов; крайне редко - переломы кости верхней и/или нижней челюсти; онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; редко - вывихи верхней и/или нижней челюстей; профузное кровотечение из лунки при наличии нераспознанной костной гемангиомы. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

4. Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: острая почечная недостаточность; острый инфекционный гепатит; острый лейкоз, агранулоцитоз; геморрагические диатезы; психические заболевания в период обострения; острое нарушение кровообращения (обморок, коллапс, шок); острые инфекции; острая лучевая болезнь; патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я честно сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Предполагаемые результаты лечения. Ожидаемым результатом операции по удалению зуба (зубов) является остановка патологического процесса; предупреждение развития осложнений.

Я поставлен(а) в известность о том, что на операцию по удалению зуба (зубов) гарантийные сроки не устанавливаются. Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, воспалительный процесс в гайморовой пазухе, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками предоставленных медицинских услуг.

Врач объяснил мне, что после операции по удалению зуба (зубов): в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется пить и принимать пищу; в течение первых 5 суток после удаления принимать пищу на стороне удалённого зуба, принимать горячую пищу и напитки; рекомендуется воздержаться от чистки зубов в течение первых суток после удаления зуба; в первые три дня рекомендуется жевать только на здоровой стороне челюсти, употребляя при этом только мягкую пищу, нагретую до средней температуры; во избежание отечности можно приложить лед к щеке со стороны места удаления (максимальная продолжительность такой процедуры – 5 минут, частота - 3-4 раза в сутки); с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 3 часа (а лучше в течение 1-2 дней); не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату); для сведения вероятности развития отека к возможному минимуму нужно стараться спать на стороне, противоположной месту удаления. **Категорически запрещается**: греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования в врачом, так как это может ухудшить мое состояние. Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также проконсультироваться с врачом-ортопедом с целью дальнейшего восстановления зубного ряда. Я осведомлен(а) о возможных последствиях в случае отсутствия дальнейшего замещения удаленного зуба.

Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые

сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг. Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях. Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент:_____ Врач_____

_____(подпись) _____(подпись)

Законный представитель: (при наличии)

_____(подпись) _____

(дата оформления)