

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Удаление зуба(ов) по ортодонтическим показаниям**

1. Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8, 9, 10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункта 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**
3. Согласно ч. 2 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 в отношении лица, не достигшего возраста 15 лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей либо иной законный представитель.¹

Я _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
и необходимости проведения хирургической операции _____

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения по восстановлению прикуса, без удаления зуба (зубов), их преимуществах и недостатках. Я соглашаюсь на удаление интактного(ых) зуба (зубов) с целью ортодонтического лечения.

Удаление зуба является хирургической процедурой в стоматологии. Удаление зуба может быть простым (выполняется при помощи стоматологических хирургических щипцов) или сложным (удаление непрорезавшегося (ретинированного) и/или неправильного расположенного (дистопированного) в челюсти зуба, а также удаление разрушенного зуба). Сложное удаление выполняется при помощи турбинного наконечника, хирургических фрез, ультразвуковой установки и специальных инструментов.

Цель предполагаемого лечения: удаление зуба по ортодонтическим показаниям.

Методика операции: в условиях местной анестезии проводится удаление зуба путем люксации (раскачивания) и ротации (поворачивания) вокруг своей оси. Во время сложного удаления выполняется сегментация (разделение) зуба при помощи турбинного наконечника и специальных фрез, далее зуб удаляется по частям. После удаления на края лунки могут быть наложены сближающие швы.

Возможные осложнения: боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадиирующий характер; отек мягких тканей челюстно-лицевой области или увеличение имеющегося воспалительного отека при хирургическом вмешательстве в период обострения; гематома (синяк); альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба); контрактура (ограничение при открывании рта) нижней челюсти после удаления; боль при глотании; постэкстракционное луночковое кровотечение; перелом коронки или корня удаляемого зуба; перелом и/или вывих соседнего зуба; механическое повреждение зачатка постоянного зуба; удаление зачатка постоянного зуба; повреждение десны и мягких тканей полости рта; проталкивание корня зуба в мягкие ткани челюстно-лицевой области; перелом альвеолярного отростка челюсти; обнажение участка альвеоли; вывих нижней челюсти; прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи; перелом нижней челюсти; невралгия нижнего луночкового нерва; невралгия нижнего луночкового нерва; парестезия в области языка или нижней губы.

Возможные последствия отказа: невозможность ортодонтического лечения.

Обезболивание. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что анестезия может привести к аллергии, анафилактическому шоку, травматизации нервных окончаний. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать гематому, отечность десны, ограничение открывания рта. Мне

¹ Уважаемые родители, в силу ст. 63, 64 СК РФ, ст. 28 ГК РФ информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не может быть подписано бабушкой, дедушкой, тетей и прочими родственниками, не являющимися законными представителями детей. Принимать решения относительно здоровья ребенка, не достигшего возраста 15 лет, могут только его законные представители.

разъяснено, что обезболивание затруднено: при остром пульпите; при выраженном стрессе; в области существующего воспаления; в области зубов нижней челюсти; после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Предполагаемые результаты: заживление лунки удаленного зуба в течении 14 дней при соблюдении рекомендаций врача.

Я, _____

даю согласие на удаление зуба.

Биологические особенности и их возможное влияние на результат:

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляции. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента (законного представителя):

Подпись врача:

ФИО _____

ФИО _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ 20 ____ г.

