

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО «УДАЛЕНИЕ МОЛОЧНОГО ЗУБА»**

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.<sup>1</sup>

---

**1. Удаление зуба:** является самой распространенной хирургической процедурой в стоматологии, удаление зуба может быть простым (выполняется при помощи стоматологических щипцов) или сложным (удаление непрорезавшегося 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.

**2. Цель предполагаемого лечения:** удаление зуба с неблагоприятным прогнозом.

**3. Абсолютные противопоказания к удалению:** отсутствуют.

**4. Относительные противопоказания общие:** сердечно – сосудистые заболевания, нарушения свертываемости крови, острые инфекционные заболевания, заболевания ЦНС в период обострения.

**Относительные противопоказания местные:** острая лучевая болезнь, язвенные гингивиты и стоматиты, сифилис, ВИЧ – инфекции, туберкулез, предраковые и опухолевые заболевания твердых и мягких тканей полости рта. После лечения и улучшения состояния зуб может быть удален.

**5. Методы лечения и возможные варианты видов медицинских вмешательств:** 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.

**6. Возможные риски и осложнения:** боли в области удаленного зуба, которые могут носить иррадирующий 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 альвеолы; 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.

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

**8. Возможные последствия отказа:** при отсутствии своевременного хирургического вмешательства в процесс вовлекаются окружающие ткани, развиваются такие осложнения как флюс, остеомиелит, флегмона, абсцесс, кисты. В редких случаях осложнения могут носить системный характер - сепсис, миокардит, абсцесс мозга

**9. Альтернативными методами лечения** являются: зубосохраняющие операции (строго по показаниям).

**10. Рекомендации после удаления зуба:**

- соблюдайте покой и избегайте физической активности: несколько дней после удаления зуба избегайте интенсивных физических упражнений, так как это может спровоцировать кровотечение и усилить отек;

- принимайте прописанные препараты: если врач назначил вам обезболивающие или противовоспалительные препараты, принимайте их согласно рецепту;

- применяйте лед: для уменьшения отека наносите холод на область лица близ места удаления зуба. Используйте лед в течение первых 24 часов после процедуры;

- не попадайте в зону удаления зуба: избегайте прикосновения языком, пальцами или другими предметами к области, где был удален зуб, чтобы избежать инфекции и нарушения заживления;

- промывание рта: следуйте указаниям врача относительно промывания рта. Это может включать использование теплой солевой воды или другого рекомендованного раствора;

- избегайте жесткой пищи: в первые несколько дней после удаления зуба избегайте твердой или горячей пищи, чтобы предотвратить травмирование раны;

- соблюдайте гигиенические меры: бережно чистите зубы вокруг места удаления, избегая прямого контакта с раной. Врач может предложить специальные инструкции по уходу за раной;

---

<sup>1</sup> 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 либо лица, которым передано такое право (усыновитель, опекун, попечитель).

- следите за питанием: питайтесь бережно и избегайте прямого контакта с местом удаления. Предпочтительно выбирать мягкую и полужидкую пищу;

- следите за признаками осложнений: если возникают сильная боль, кровотечение, отечность или другие необычные симптомы, немедленно обращайтесь к врачу.

**11. Рентгенологическое исследование в стоматологии** – неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение.

**Противопоказания:** беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после дентальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

**Информация о лучевой нагрузке на пациента:** лучевая нагрузка при выполнении ортопантограммы, телерентгенограммы – 8-20 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы – 32 мкЗв., радиовизиографии – 0,2-0,9 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

**12. Местная анестезия** – это временная потеря болевой чувствительности тканей в месте ее проведения вследствие блокады болевых рецепторов и проведения импульсов по чувствительным волокнам.

**Виды местной анестезии:** в зависимости от способа ее проведения, местная анестезия может быть: неинъекционной (аппликация, спрей – используется перед инъекцией или при манипуляциях на слизистой) и инъекционной. Инъекционная анестезия бывает инфильтрационной (блокирует чувствительность в том месте, где происходит его введение) и регионарной: проводниковой (блокирует передачу нервного импульса к нерву либо группе нервов).

**Цель местной анестезии** – обезболивание медицинских манипуляций.

**Абсолютные противопоказания к проведению местной анестезии:** инфицированность тканей в зоне предполагаемой анестезии; аллергическая реакция на компоненты лекарственного вещества

**Относительные противопоказания к проведению местной анестезии:** В12-дефицитная анемия; метгемоглобинемия; пароксизмальная желудочковая тахикардия; мерцательная тахикардия; закрытоугольная глаукома; гипоксия; непереносимость сульфогрупп (особенно при бронхиальной астме); повышенная чувствительность к компонентам комбинации; дефицит холинэстеразы, почечная недостаточность, бронхиальная астма, сахарный диабет, гипертиреоз, артериальная гипертензия

**Процедура:** местная анестезия производится в области предстоящих медицинских манипуляций и предусматривает, в зависимости от вида, либо один или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества, либо аппликации анестезирующего вещества.

**Продолжительность действия местных анестетиков:** от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида и количества анестетика, а также индивидуальных особенностей организма.

**Альтернатива:** отсутствуют (лечение без анестезии).

**Возможные осложнения:** применение современных карпульных анестетиков, одноразовых игл максимально снижают риск развития осложнений. Однако в редких случаях в ходе проведения анестезии и в последующий период возможно развитие следующих осложнений: аллергические и токсические реакции на препарат, обморок, синдром гипервентиляции, коллапс, шок, гипертонический криз, обострение хронических сопутствующих заболеваний, травма нервных волокон/стволов, что приводит к потере чувствительности, невритам, невралгии и кровеносных сосудов, что может привести к образованию гематом; также при введении анестетика в крайне редких случаях может произойти отлом инъекционной иглы (что потребует ее извлечения, а также может привести к потере чувствительности (парестезии), невралгии, возникновению воспалительного процесса в области инъекции). Инъекционная игла может травмировать мягкие ткани, что иногда приводит к образованию отека, появлению болезненных ощущений в области укола, ограниченности открывания рта. Эти проявления могут сохраняться от нескольких часов до нескольких дней. В силу потери чувствительности до ее восстановления возможно неоднократное прикусывание пациентом мягких тканей губ или щек (во время приема пищи, при наличии вредных привычек, случайным образом, особенно, у детей), что, безусловно, является травмой и может привести к отеку, воспалению, появлению укушенных ран. Что как правило (при соблюдении щадящего режима и отсутствии повторной травмы), не требует лечения и проходит самостоятельно через несколько дней.

**Ощущения во время и после процедуры:** болевые ощущения могут быть вызваны уколом иглы, однако носят кратковременный и терпимый характер. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, температурной, тактильной чувствительности в зоне обезболивания, а также к ощущению припухлости в этой области. Как правило, неприятные ощущения после стоматологической манипуляции связаны не с собственно анестезией, а с отменой ее действия (например, после удаления зуба).

**Рекомендации пациенту:** для профилактики укушенных ран в течение всего периода действия анестетика не закусывать губы и щеки.

**13. Гарантии.** На услуги, не имеющие материального выражения, гарантийные сроки не устанавливаются. Гарантируется: предоставление достоверной информации о здоровье; проведение консультации по медицинским показаниям и по требованию пациента; лечение специалистами с сертификатами данного вида медицинской помощи; составление плана лечения; индивидуальный подбор анестетиков; безопасность лечения; точная диагностика; соблюдение протоколов лечения; применение разрешенных Минздравом РФ материалов;

**Полный пакет Положения о гарантиях находится на информационном стенде клиники ООО «ЦЕНТР-М».**

---

Я, \_\_\_\_\_

даю согласие на удаление зуба моему ребенку \_\_\_\_\_

## 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.

Дата лечения	Зуб (№)	Подпись лечащего врача	«Согласен на удаление указанного зуба(-ов) моему ребенку на описанных выше условиях» (подпись пациента/законного представителя)

Подпись пациента (законного представителя):

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись врача:

\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.