

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Пациент (ф. и. о.) _____

Консультирующий врач _____

Возможно выполнение следующих манипуляций:

1. Местное обезболивание (аппликационное, инфильтрационное, проводниковое)

2. Операция на альвеолярных отростках:

– Удаление зуба (зубов)

– Резекция вершины корня зуба

– Цистомия/Цистэктомия

– Компактоостеотомия

– Реплантация зуба (зубов)

– Прочие вмешательства _____

3. Хирургическое лечение болезней пародонта:

– Кюретаж

– Гингивотомия

– Гингилэктомия

– Лоскутная операция

– Гингивоостеопластика

– Местнопластические операции (вестибулопластика, френулопластика)

– Прочие вмешательства _____

Я осведомлен о том, что вышеуказанное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован также, что любое хирургическое вмешательство не может иметь 100% гарантии на успех, о способе, цели и характере предлагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомно-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, болезненное и затрудненное открывание полости рта.

Осложнения оперативного лечения могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

Мне понятно, что послеоперационный репаративный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру лечения.

Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

При этом я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста.

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного» назвал все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыл никакой информации о состоянии своего здоровья.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходимы щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время.

Дата _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____