

Информированное добровольное согласие на проведение хирургической операции (манипуляции).

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, (ФИО) _____, являясь
законным представителем несовершеннолетнего

_____ года рождения, добровольно даю согласие на проведение врачом-стоматологом-хирургом ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) моему ребенку хирургической операции (манипуляции).

Врач рекомендовал мне проведение следующего хирургического вмешательства (операции, манипуляции):

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о необходимости проведения рекомендуемой врачом операции (манипуляции).

Цель хирургического вмешательства:

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условия для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма хирургическими методами.

Возможные осложнения (риски):

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений, которые могут проявиться даже при соблюдении в наивысшей степени аккуратности и осторожности при осуществлении врачебных действий (реализация риска медицинского вмешательства).

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазух (синусов), прилегающих к зубам верхней челюсти возможно возникновение синуситов (воспаление синусов). При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно повреждение нижнечелюстного нерва, что проявляется онемением губ, подбородка, тканей нижней челюсти от частичного до полного, от временного до постоянного.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица, а также боль в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться нескольких дней, в результате чего может быть временно ограничена моя трудоспособность. Вследствие оперативного лечения также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца, гематомы.

Я осведомлен(а), что возможно отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта, что может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта, или проведению иных манипуляций или операций. При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Особые указания:

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение). В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения, даже в случае, когда назначенный вид хирургического вмешательства является единственным. При этом все последствия принимаемого решения будут изложены отдельно - в бланке отказа от рекомендуемого медицинского вмешательства.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и недомогания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я осведомлена(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта.

При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я заявляю, что изложил(а) врачу всю связанную со своим здоровьем информацию, все известные мне данные о состоянии своего здоровья. Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Мне разъяснено, что в ходе выполнения данного медицинского вмешательства, может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий. Я доверяю

