Министерство здравоохранения РФ СПб ГБУЗ "ГСП №2"
199004, Санкт-Петербург, В.О., 8-я линия, д. 41, тел.(812) 323-09-61

Добровольное информированное согласие пациента на хирургическое лечение

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации », с Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

г.Санкт- Петербург "____" _____201__г.

Я,_____

Проинформирован(-а)о том, что мне на основании проведённого осмотра, рентгенологического обследования, в соответствии с установленным диагнозом, необходимо провести хирургическое вмешательство в челюстно-лицевой области:
_____
_____
_____

Я согласен(-а), что вмешательство проводит врач-стоматолог-хирург, я доверяю квалификации врача (ФИО врача заявлены в таблице-приложении отдельно на каждый клинический случай).
Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.
Мне разъяснены и полностью понятны методы обезболивания, действия анестетиков, возможные осложнения от анестезии, такие как:

- отсутствие обезболивающего эффекта;
- временное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение слизистой полости рта, языка, губ;
- отёк мягких тканей;
- кровоизлияние в месте укола;
- развитие аллергических реакций.

Мне разъяснены и полностью понятны основные этапы предстоящего хирургического вмешательства, продолжительность реабилитационного периода.
Я понимаю и согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе вмешательства, о чём врач уведомит меня дополнительно.
Мне предоставлена и полностью понятна информация о возможных исходах лечения, о возникновении непредвиденных осложнений во время хирургического вмешательства, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней, таких как:

- дискомфорт;
- боль;
- отёк (припухлость) десны и мягких тканей;
- кровотечение;
- повреждение нерва в оперированном участке, приводящее к онемению или подёргиванию губы; онемению подбородка, дёсен, языка (это чувство может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным).
- перелом челюсти; возникновение сообщения с Гайморовой пазухой, что потребует проведения дополнительной операции.
- вывих или подвывих нижней челюсти.
- после лечения: присоединение инфекции, требующей дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставшийся небольшой фрагмент корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения.
Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно продолжение лечения в стационаре.
Мне известно, что предполагаемое лечение отнесено к категории "опасных" и что несоблюдение лечебных назначений и рекомендаций врача ухудшит течение заболевания и негативно повлияет на результат лечения.
Я предупреждён(-а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения или госпитализации, таких как:

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- нарушение общего состояния здоровья.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: рентгенологическое (прицельный детальный снимок, ОПТГ, КЛКТ); консультация стоматолога(-ов) иного профиля; консультация у врача(-ей) общего профиля.

Я проинформирован(-а) о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

В случае моего желания получить возмездную (платную) услугу я проинформирован(-а) о стоимости отдельных этапов и лечения в целом. Моя подпись в Договоре оказания платных услуг свидетельствует о моём согласии на лечение на платной основе.

Содержание указанных выше медицинских терминов и действий, связанные с ними риски, возможные осложнения и последствия мне понятны и известны. Я хорошо понял(-а) разъяснения врача.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью в таблице-приложении в графе "СОГЛАСИЕ на лечение" или "ОТКАЗ от лечения" на конкретную дату и поставленный диагноз.

"____" _____ 201____г Подпись пациента_____

Дата	**Диагноз**	**№ зуба**	**ФИО врача**	**Название вмешательства**	**СОГЛАСИЕ на лечение**	**ОТКАЗ от лечения**