

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (хирургическое лечение)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №2»

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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.

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

