

## **Информированное добровольное согласие пациента на удаление зуба**

Я, \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_ дата рождения гражданина или законного представителя \_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_ 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) \_\_\_\_ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) \_\_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) \_\_\_\_ даю согласие на оказание медицинской помощи в \_\_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_\_

Я был(а) проинформирован(а) врачом \_\_\_\_ должность, Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_ О необходимости удаления зуба и сути процедуры.

Я понимаю, что результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от своевременности проведения процедуры, полноты удаления тканей зуба, размера травмы окружающих удаляемый зуб мягких и твердых тканей, общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, существующих заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений – альвеолита, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма, перелом зуба, соскальзывание наложенных щипцов с зуба, попадание осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорация гайморовой пазухи, откол части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматический отек, аллергические реакции на раствор анестетика, травма и/или удаление зачатка постоянного зуба. Время возникновения осложнений от немедленного до 1 месяца. Коррекция осложнений может потребовать дополнительного лечения.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, – выполнение рекомендаций врача, памятки для пациента после удаления зуба, посещение пациентом врача для контрольных осмотров.

Я предупрежден(а) о том, что последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я проинформирован(а) о том, что после удаления зуба потребуется лечение адентии.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Памятка для пациента после удаления зуба получена.

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-хирург

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Г.