

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА УДАЛЕНИЕ ЗУБА

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство; Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен(на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____ г.р., настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство _____

_____ г.р.

в **СПБ ГБУ «Стоматологическая поликлиника №12»**, а именно на удаление _____ зуба(ов), в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воле, сообщен **диагноз** _____, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

В соответствии с Порядком установленным Приказом Минздрава России от 12.11.2021г №1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства», мне, перед оформлением информированного добровольного согласия, предоставлена в доступной форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

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

