

Информированное добровольное согласие на хирургическое лечение (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами)

Я, _____ г.р.,

даю согласие на оказание медицинской помощи в СПб ГБУ «Стоматологическая поликлиника №12»

Я даю информированное добровольное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство – хирургическое лечение:

- синус-лифтинг;
- направленная костная регенерация;
- костная аутопластика различными методами.

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) врачом – стоматологом-хирургом _____ о предстоящем лечении и согласен(на) с названными мне условиями его проведения.

Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Мне даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами), объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения: мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), а именно: аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры;
- в процессе операции: кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда требует отказаться от продолжения и выполнения данной операции;
- после операции данные вмешательства сопровождаются дискомфортом, отеком, заложенностью носа, а также болезненностью, но эти симптомы исчезнут через 5-10 дней после операции. Полное исчезновение всех симптомов может произойти через три недели или больше.

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, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на хирургическое лечение (синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика различными методами) мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-хирург

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«___» _____ Г.