

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Пациент (ФИО) _____

Врач (ФИО) Шахбазян А.Г.

Возможно выполнение следующих манипуляций :

1. Местное обезболивание (аппликационное , инфильтрационное , проводниковое) .

2. Операция на альвеолярных отростках :

- удаление зуба (зубов)
- резекция верхушки корня зуба
- цистотомия/цистэктомия
- компактоостеотомия
- реплантация зуба (зубов)
- прочие вмешательства _____

3. Хирургическое лечение болезней пародонта :

- кюретаж
- гингивотомия
- гингивэктомия
- лоскутная терапия
- гингивоостеопластика
- местнопластические операции (вестибулопластика)
- прочие вмешательства _____

- я осведомлён о том , что вышеназванное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией ;

- мне разъяснено , что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты , обмороку , коллапсу , шоку , травматизации нервных окончаний и сосудов , проявляющимися парестезиями , парезами , невритами , невралгиями и постинъекционными гематомами ;

- я информирован также о способе , цели и характере предлагаемого хирургического вмешательства , а также об основных преимуществах , сложностях и риске хирургического лечения , включая вероятность осложнений .Основные осложнения оперативного лечения обусловленные , в первую очередь , анатомо — физиологическими особенностями конкретного пациента , хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе , перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи , при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка , губ , подбородка , зубов нижней челюсти при непосредственной близости вмешательства к нижнечелюстному каналу ;

- осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит , кисты и др.) , выражающиеся в прободении носа и придаточной пазухи , твёрдого неба , нижне челюстного канала , переломов костей , верхней и нижней челюстей , флебитов и других неожиданных последствий ;

- мне понятно , что послеоперационный репаративный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения ;

- я осведомлён ,что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения , направленного на пластическое замещение костного дефекта ;

- вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства , формирование рубца ;

- при этом , я информирован о других способах лечения , их преимуществах и недостатках .Я также информирован , что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным . Мне известно , что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определён объём операции (расширение или отказ от запланированного объёма) ;

- в дальнейшем , после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны , могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения ;

- на все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста ;

-мне известно , что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения ;

-мне понятен предлагаемый метод лечения , я также согласен с возможным расширением его объёма и изменениями в процессе операции по показаниям ;

-я подтверждаю , что в "Медицинской анкете" назвал все известные имеющиеся имеющиеся у меня болезни и недуги , и я подтверждаю , что добросовестно ответил на все вопросы специалистов , не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья ;

-о требуемом санитарно — гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после неё я осведомлён , в особенности о том , что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством , после операции необходима щадящая диета , тщательно гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время .

Дата _____

Подпись пациента _____

Подпись лечащего врача _____