

**Информированное добровольное согласие
хирургическое лечение воспалительных заболеваний полости рта**

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Я, ФамилияИмяОтчествоПациента

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> K00 Нарушения развития и прорезывания зубов | <input type="checkbox"/> K07 Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса] |
| <input type="checkbox"/> K01 Ретенированные и импактные зубы | <input type="checkbox"/> K08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата |
| <input type="checkbox"/> K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей | <input type="checkbox"/> K10 Другие болезни челюстей |
| <input type="checkbox"/> K05 Гингивит и болезни парадонта | |

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости **проведения операции по вскрытию и дренированию воспалительного очага.**

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от указанного вмешательства возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от вскрытия и дренирования воспалительного очага может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

Мне разъяснено и понятно, что стоматологическое хирургическое лечение при гнойных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области (периостита, абсцесса, флегмоны) заключается во вскрытии воспалительного очага и освобождении полости от гноя с последующим дренированием полости (введение в послеоперационную рану полосок или трубок из резины или пластика для обеспечения адекватного оттока содержимого и для более эффективного промывания раны), а так же в консервативном медикаментозным лечением воспалительного процесса антибактериальными и противовоспалительными препаратами. Зачастую подобное хирургическое вмешательство сочетается с иными стоматологическими манипуляциями (например, удаление зуба или вскрытие полости зуба и др.) добровольные согласия на которые были подписаны мною ранее.

Альтернативными методами лечения являются: проведение лечения лишь консервативными (нехирургическими) методами, что резко снижает вероятность благоприятного исхода или отсутствие лечения вообще.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни доктор, проводящий хирургическое вмешательство, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как хирургические методы лечения воспалительных заболеваний полости рта являются дополнительными, вспомогательными, всего лишь увеличивающими вероятность благоприятного исхода заболевания в целом.

Мне разъяснено и понятно, что лечение воспалительных процессов только лишь хирургическими методами малоэффективно и я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я понимаю и принимаю то, что при указанных оперативных вмешательствах положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей

квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: рецидив заболевания, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др.), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области оперативного вмешательства и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются болевые ощущения в области удаленного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «ПРОФИСТОМ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)