ООО «Стоматолог»
г.Казань, ул. Копылова дом 3/1

Информированное добровольное согласие законного представителя пациента на удаление зуба

Уважаемые пациенты!
Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

- Настоящее информированное согласие разработано во исполнение требований: статей 8,9,10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей»; пункт 14, 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинский услуг (Утв. ПП РФ от 04.10.2012 года № 1006); ст. 20 ФЗ от 21.11.2011г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**.**
- Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

Удаление зуба – это хирургическое вмешательство в стоматологии по экстракции зуба из альвеолы.
Цель медицинского вмешательства – удаление очага воспаления и инфекции, уменьшение количества патогенной флоры в полости рта.
Методика проведения: под местной анестезией накладывают щипцы на зуб, фиксируют, вывихивают, далее происходит ротация и извлечение зуба. При необходимости проводят обработку операционной раны.
Возможные риски (неблагоприятные последствия): боль; отек; кровотечение; повреждение кровеносных сосудов; онемение, в следствии травматизации альвеолярных нервов и нижнечелюстного нерва; парестезия лица; при проведении операции на верхней челюсти проведение верхнечелюстной пазухи, попадание зуба или его корня в верхнечелюстную пазуху; воспаление раны и прилежащей области; перелом корня; размозжение окружающих тканей; повреждение соседних зубов; при удалении временных моляров возможно вывихивание или извлечение зачатка постоянного зуба; заглатывание или аспирация извлеченного зуба; перелом челюсти; вывих или подвывих нижней челюсти. Причиной многих из этих осложнений являются неблагоприятные анатомо-топографические условия.
Альтернативные варианты и последствия: отказ от удаления, приводящий к улучшению общего состояния организма.
Предполагаемые результаты: в большинстве случает после проведенной операции полость удаленного зуба заполняется кровяным сгустком, который подвергается процессу организации, и через некоторое время наступает полная регенерация костной ткани (3-6 месяцев) и слизистой альвеолярного отростка (14-20 дней).
Я

_____

даю согласие на удаление зуба врачом

_____

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы либо части текста отсутствуют.

Я понимаю цель и назначение описанной манипуляции, а также цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.
Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются вероятными объективными неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала.
Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат манипуляций. Я понимаю также, что прогноз об исходе заболевания (состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики, при этом я, как конкретный пациент в конкретной ситуации лечения, не являюсь усредненной статистической единицей.
Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства согласно поставленному мне диагнозу.
Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующее юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, а Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.
Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения.

Подпись пациента, законного представителя: **Подпись врача**:

_____ _____
(ФИО) (подпись) (ФИО) (подпись)

«_____»_____20_____г. «_____»_____20_____г.

Дата	№ зуба	ФИО пациента, законного представителя	Подпись пациента, законного представителя	Подпись врача