

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Удаление ретинированных/дистоцированных зубов(ов)»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я, _____
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____
ФИО несовершеннолетнего пациента _____
_____, дата рождения Пациента: _____

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и назначения плана лечения.

Проинформирован/а/ о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургической операции удаления _____ зуба(ов).

Я осведомлен/а/ о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках.

Ретинированными называют зубы, которые не могут самостоятельно прорезаться полностью. Они частично остаются внутри кости либо частично расположены под слизистой оболочкой. Они не могут принимать участие в жевательном процессе, затрудняют выполнение гигиены полости рта. Удаление необходимо в следующих случаях:

- болевые ощущения;
- возникает отек слизистых тканей и десен;
- существует риск изменения положения других зубных единиц;
- необходимо провести протезирование;
- существует риск развития периостита или остеомиелита;
- наличие хронического пульпита либо периодонтита.

Хирургическое вмешательство осуществляют в несколько этапов под местной анестезией: производится надрез мягких слизистых тканей, в костной ткани при помощи сверла формируется отверстие, производится непосредственно удаление зуба. После из мягких тканей извлекаются обломки костной ткани, выполняется антисептическая обработка и на рану накладываются швы. Если размеры зуба большие, удаляют его по частям.

Последствия отказа от удаления: кариес, способный перейти на соседние зубные единицы, воспаление десен, нарушение прикуса, периодонтит, пародонтоз.

Дистоцированным является зуб, формирование и рост которого происходят с отклонениями. Они могут поворачиваться вокруг своей оси, изменять наклон и угол роста, оказывая давление на расположенные рядом зубы и формируя неправильный прикус, а также другие эстетические дефекты. Чаще всего, дистоцированными бывают моляры-тройки. Отказ от удаления такого зуба чреват развитием пародонтоза, пародонтита и различных воспалений, возможно также нарушение функций глотания, жевания, речи, дыхания.

Удаление дистоцированного зуба — сложная хирургическая операция, проводится под местной анестезией: На полностью прорезавшийся дистоцированный зуб врач воздействует традиционными хирургическими инструментами и постепенно добивается его выхода из зубной альвеолы. После того как зуб удалён, лунка зуба заполняется лекарством, которое способствует ускорению регенерации пародонтальных тканей. Накладывается швов на послеоперационную рану. Если зуб «лежит» в десне, делается на ней разрез, через который извлекается зуб. Когда дистоцированный зуб располагается в подлежащих анатомических структурах, кроме отслоения десны необходимо будет воздействовать на кость альвеолярного отростка челюсти. С помощью специализированных стоматологических боров в кости формируется отверстие, через которое врач получает доступ к атипично

расположенному зубу. Если зуб крупный, его коронка и корни фрагментируются и по частям извлекаются из кости. По завершении удаления зуба в образовавшееся отверстие закладывают стоматологический материал, способствующий скорейшему восстановлению кости. Далее ткань десны, как и слизисто-надкостничный лоскут, «подшивается» на место.

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающиеся до нескольких дней, по поводу которых врач при необходимости назначит препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Мне понятно, что удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, воспалительные процессы в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:

- Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- Сохранение припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- Повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и капсул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов 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 другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности 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 осведомлен/а/ о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал/а/ лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал/а/ все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил/а/ на все вопросы специалистов, не скрыв ни какой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован/а/ о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен/а/ на его проведение.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован/а/ в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« ____ » _____ 20 ____ г.

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

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)

ОБЪЕДИНЕННЫЕ
ОБЪЕДИНЕННЫЕ
ОБЪЕДИНЕННЫЕ