

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОПЕРАЦИЮ ПО  
УДАЛЕНИЮ ЗУБА**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО полностью*), *года рождения*

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{% if пациент.представитель\_имеется %}

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан*

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}

*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:*

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*)

{% else %} {% endif %}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог

{{визит\_на\_прием.специалист.специализация}} {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} (далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Удаление или экстракция – это хирургическая стоматологическая операция, в ходе которой зуб извлекается из альвеолы челюсти полностью или частично. В первом случае удаляются коронка с корневой частью, во втором – выполняется резекция или гемисекция с сохранением зубной единицы.

Полное удаление – извлечение коронки с корнями после отделения мягких тканей и разрыва связок. Показано в случае расшатывания, значительного разрушения зубов, переломов челюсти, необходимости ортодонтического (например, установка брекетов) либо ортопедического лечения.

Резекция представляет собой иссечение верхушки пораженного корня, выполняется при выявлении гранулемы или кисты на нем. Доступ осуществляется микрохирургически через мягкие ткани и кость челюсти в проекции воспаленного участка или новообразования.

Гемисекция – это ампутация одного из корней многокорневых (жевательных) зубов вместе с прилегающей к нему частью коронки. Применяется при воспалительных процессах, невозможности зубосохраняющего лечения, патологических особенностях или переломах корня.

Мне разъяснены показания к экстренному удалению зуба (зубов): обширные кариозные повреждения, невозможность или нецелесообразность лечения кариеса; воспалительные заболевания околозубных тканей, одонтогенный гайморит; патологические процессы, сопровождающиеся острой болью, чреватые серьезными осложнениями; травмы зубов и челюсти (переломы).

Мне разъяснены показания к плановой процедуре удаления зуба (зубов): зубы шатаются из-за ослабления связочного аппарата, пародонтита; имеются сверхкомплектные, ретенированные (непрорезавшиеся) или дистопированные (сильно смещенные) зубные единицы; назначено ортодонтическое лечение для исправления прикуса (брекеты); зуб мешает протезированию, в том числе имплантации; молочный зуб препятствует прорезыванию коренного.

Я информирован(а) о том, что существуют противопоказания по удалению зуба (зубов), которые подразделяются на абсолютные (полный запрет) и относительные (когда операция может быть проведена при определенных условиях).

Абсолютные: заболевания крови, сопровождающиеся ее пониженной свертываемостью (например, гемофилия), онкологические процессы в области челюсти, а также недавно перенесенный инфаркт или инсульт в анамнезе.

Относительные: любые острые состояния и патологические процессы в организме (после купирования обострения экстракция допускается), в перечень которых входят: почечная недостаточность; сердечно-сосудистые патологии (гипертония, аритмия, стенокардия); инфекционные воспаления любой локализации; стоматиты; заболевания крови (агранулоцитоз, лейкоз); лучевая болезнь; нарушения кровообращения; онкозаболевания на стадии прохождения терапии.

Я информирован(а) о том, что как экстренное, так и плановое удаление зуба выполняется после проведения диагностики. С целью определения формы и расположения корней, выявления новообразований назначается рентгенограмма.

Мне разъяснено, что экстракция может быть простой либо сложной, на основании чего врач самостоятельно выбирает подходящий вид анестезии. В первом случае не требуется проведения сложных манипуляций, поэтому делается местное

обезболивание аппликационным либо инфильтрационным методом. Во втором возможны два варианта: местная проводниковая или внутривенная анестезия сильнодействующими препаратами, возможен также общий наркоз.

Мне разъяснено и понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру.

Мне разъяснены и понятны следующие рекомендации после проведения манипуляции по удалению зуба (зубов):

Сразу после удаления зуба лунка обрабатывается антисептиком, в нее закладывается марлевый тампон. Он необходим для остановки кровотечения и формирования защитного кровяного сгустка. Удалить тампон нужно через 20-30 минут.

Прием пищи разрешен не ранее, чем через 2 часа после операции, при этом жевать следует осторожно, чтобы частички пищи не повредили тромб. Употреблять напитки нейтральной температуры можно раньше, сразу после извлечения марлевого тампона.

В период заживления послеоперационной раны, который длится от 3 до 5 дней, рекомендуется принимать только протертую теплую пищу. Следует избегать грубых продуктов, слишком горячих или холодных блюд. Жевать рекомендовано той стороной челюсти, которая не была прооперирована, чтобы не разрушить кровяной сгусток.

Чтобы избежать отечности, можно прикладывать холод в первые часы.

Полоскать рот в первые несколько дней после операции не рекомендуется, чтобы не повредить тромб в лунке. (Допустимы ротовые ванночки с применением Хлоргексидина, Мирамистина).

Чистить зубы можно через 24 часа, используя щетку с мягкой щетиной и не задевая прооперированный участок десны.

Категорически запрещается в первые 2 часа после удаления зуба принимать пищу и курить.

В течение последующих 3-5 дней не рекомендовано: принимать пищу и напитки контрастных температур; употреблять алкоголь; есть вязкие, твердые продукты; касаться лунки языком; допускать повышенные физические нагрузки.

Мне разъяснен и понятен процесс заживления:

Сразу после экстракции ощущения минимальны, так как продолжается действие анестетика. По мере ослабления действия препарата появляются болевые ощущения умеренной интенсивности. В норме они полностью исчезают не позднее, чем через 3-е суток.

После удаления зуба возможен отек десны, особенно если мягкие ткани были значительно травмированы в ходе операции. В течение 3-х дней отечность проходит, не доставляя особого дискомфорта.

Кровь останавливается в течение получаса, формируется тромб, полностью закрывающий лунку, поэтому кровотечений при нормальном заживлении быть не должно. Однако если задеть сгусток, возможны небольшие кровянистые выделения.

Мне разъяснено, что вышеперечисленные явления естественны для послеоперационного периода и не должны вызывать беспокойства.

Мне разъяснено, что поводом для срочного обращения к врачу являются:

- интенсивные, усиливающиеся со временем болевые ощущения. Если десна сильно болит после удаления зуба дольше 3 дней, а анальгетики не помогают, вероятен воспалительный процесс;
- непроходящий отек десны, развитие отечности лица с прооперированной стороны - тоже симптомы воспаления;
- кровотечение, которое длится несколько часов или повторно открывается после остановки свидетельствует о повреждении сосудов;
- повышенная температура тела – признак инфекционного воспаления, чреватого серьезными осложнениями;
- глубокая пустая лунка, покрытая желто-серым налетом с плохим запахом, свидетельствует об альвеолите – осложнении воспалительного характера;
- гнойные выделения из раны, особенно в сочетании с болезненностью и отеками – признак инфицирования тканей;
- насморк, выделения из носа – результат перфорации пазух верхней челюсти во время операции;
- парестезия – онемение щек, языка, губ, после того, как закончилось действие анестезии, свидетельствует о повреждении нервов.

Мне разъяснено, что для чтобы избежать осложнений необходимо выполнять следующие стандартные рекомендации:

- не трогать кровяной сгусток в первые трое суток, чтобы не повредить его. Этот тромб естественным образом надежно предотвращает попадание инфекции в рану;
- соблюдать советы по питанию и уходу за ротовой полостью – есть только разрешенные продукты, зубы чистить осторожно;
- принимать назначенные врачом антибиотики, особенно в случае пародонтита или после удаления значительного количества зубных единиц.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*):

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ {{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} {{пациент.номер\_телефона}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от проведения манипуляции по удалению зуба, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима назначенных врачом препаратов, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

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 понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)

{{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_гггг}} (дата оформления)