

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА УДАЛЕНИЕ ЗУБА

1. Сведения о пациенте и лице, дающем согласие

Я, Потребитель/Пациент:

Дата рождения:

зарегистрированный(ая) по адресу:

проживающий(ая) по адресу:

Документ, удостоверяющий личность: паспорт

серия/номер:

выдан:

Если согласие подписывает Законный представитель Потребителя/Пациента:

ФИО представителя:

Адрес места жительства:

Документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, выдан _____

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

(свидетельство о рождении, распоряжение об опеке, нотариально удостоверенная доверенность)

Медицинский работник (ФИО): _____

2. Предлагаемое вмешательство

Зуб (ы) № _____

- ☐ Удаление прорезавшегося зуба (простое удаление).
- ☐ Сложное удаление, в том числе с разделением зуба/корней, формированием доступа и удалением минимально необходимого объема окружающей кости.
- ☐ Удаление ретенированного, дистопированного или частично прорезавшегося зуба.
- ☐ Удаление корня или фрагмента корня зуба.
- ☐ По показаниям: разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, обработка лунки, промывание, гемостаз, наложение швов и/или дренажа.
- ☐ Иное заранее согласованное действие: _____.

3. Цель, сущность и условия проведения

Цель удаления — устранить зуб/корень, который не может быть сохранен либо является источником боли, воспаления, инфекции, травмы окружающих тканей, нарушает прорезывание или препятствует другому лечению.

Мне объяснено, что окончательная сложность вмешательства может быть определена только во время удаления и зависит от формы, числа и расположения корней, плотности кости, близости соседних анатомических структур, воспаления и ранее проведенного лечения.

При виде анестезии как наркоз/седация, лечение проводится после оформления отдельного согласия на соответствующий вид анестезии.

4. Возможные варианты и последствия отказа

В зависимости от диагноза и клинической ситуации мне разъяснены применимые альтернативы: терапевтическое/эндодонтическое лечение или перелечивание; зубосохраняющая операция; временное симптоматическое лечение и наблюдение; направление в специализированное отделение или стационар.

Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения. Мне

известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе и после лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

При отказе или отсрочке вмешательства возможно сохранение и усиление боли, воспаления и инфекции, образование абсцесса или флегмоны, поражение кости и соседних зубов, ухудшение общего состояния и необходимость более срочного либо более объемного лечения.

5. Ожидаемый результат и ограничения

Ожидаемый результат — удаление указанного зуба/корня и создание условий для заживления. Немедленное исчезновение всех симптомов и полное заживление в конкретный срок не гарантируются. После удаления постоянного зуба возникает дефект зубного ряда и происходит естественная перестройка (убыль) кости; возможны смещение соседних зубов, изменение прикуса, нарушение жевания и эстетики. В дальнейшем может потребоваться ортопедическое, ортодонтическое или имплантологическое лечение.

6. Риски и возможные осложнения

Мне объяснено, что часть ощущений является обычной реакцией на вмешательство, а часть относится к осложнениям. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо остро патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

- **Обычные послеоперационные явления:** боль, отек, кровянистые выделения, гематома, затрудненное открывание рта, дискомфорт при жевании и глотании, кратковременное повышение температуры.
- **Кровотечение:** длительное или повторное кровотечение, гематома; необходимость дополнительного гемостаза, наложения швов, лекарственного лечения или обращения в стационар.
- **Воспаление и заживление:** альвеолит («сухая лунка»), инфицирование, нагноение, расхождение швов, замедленное или неполное заживление, обострение хронического очага, редко — остеомиелит.
- **Повреждение соседних структур:** травма десны, слизистой, губы или языка; повреждение/расшатывание соседнего зуба, пломбы, коронки, протеза или ортодонтической конструкции.
- **Зуб и корни:** перелом коронки или корня, необходимость разделения зуба и расширения доступа. Если извлечение небольшого фрагмента создает больший риск для нерва, пазухи или кости, врач может прекратить попытку, оставить фрагмент под наблюдением и/или направить к другому специалисту.
- **Нервы нижней челюсти:** при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.
- **Верхнечелюстная пазуха:** хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи возможно воспалительное осложнение в этой области.
- **Редкие и общие осложнения:** смещение корня/зуба в мягкие ткани, проглатывание или попадание фрагмента в дыхательные пути, травма височно-нижнечелюстного сустава, трещина или перелом челюсти, слабость, обморок, колебания артериального давления, обострение сопутствующего заболевания, необходимость повторной операции или госпитализации.

7. Индивидуальные риски и особенности

8. Мои подтверждения и решение

Я сообщил(а) врачу достоверные сведения о заболеваниях, операциях, беременности, аллергиях и непереносимости, нарушениях свертывания крови, инфекциях, диабете, заболеваниях сердца и сосудов, облучении области головы/шеи, а также обо всех принимаемых лекарствах и добавках.

Особенно я сообщил(а) о препаратах, влияющих на свертывание крови, и об антирезорбтивной терапии (например, бисфосфонаты, деносумаб и другие). Я не буду самостоятельно отменять или изменять назначенные препараты без согласования с лечащим врачом.

Мне объяснено, что курение/вейпинг, алкоголь, плохая гигиена, самостоятельное вмешательство в лунку и несоблюдение рекомендаций повышают риск кровотечения, воспаления и замедленного заживления.

Я получил(а) понятные послеоперационные рекомендации и знаю, куда обратиться. Мне разъяснено, что срочно связаться с клиникой/обратиться за неотложной помощью следует при неостанавливающемся кровотечении, нарастающем отеке, затруднении дыхания или глотания, высокой температуре, резком усилении боли либо сохраняющемся/усиливающимся онемении.

Я проинформирован(а) что в период проведения лечения (анестезии, хирургического вмешательства, иных медицинских манипуляций), возможно, индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я проинформирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты (если назначены), немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных им препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.д.). Мне разъяснено, как ухаживать за полостью рта после проведения хирургической манипуляции.

Я проинформирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по согласованному с врачом по графику, изложенному в медицинской карте.

Мне предоставлена возможность задать вопросы; на них даны понятные ответы. Мне разъяснены цель, способ, риски, альтернативы, последствия и предполагаемый результат вмешательства.

Я понимаю, что могу отказаться от вмешательства или отозвать согласие до его начала, а также отказаться от продолжения, сообщив об этом врачу; мне будут разъяснены возможные последствия и безопасный порядок прекращения уже начатого вмешательства.

Я добровольно СОГЛАШАЮСЬ на удаление указанного выше зуба/корня и на необходимые действия, непосредственно входящие в технику этого удаления.

9. Подписи

Потребитель (Пациент)/законный представитель:

✓ _____

Медицинский работник (ФИО):

Дата оформления: