Бланк информированного согласия на ортогнатическую операцию (коррекцию прикуса)
Orthognatic Surgery

Целью проведения ортогенетической операции является исправление врожденных, возрастных и приобретенных деформаций челюстей. Операция проводится с целью обеспечения правильного расположения зубов и челюстей. Операция проводится под общим наркозом.
Имя пациента: _____
фамилия имя имя отца удостоверение личности
Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____
фамилия имя
о необходимости проведения ортогнатической операции: _____
вид лечения
_____
_____ (далее – «основная операция»)

Мне предоставили объяснения об ожидаемых результатах, возможных альтернативных методах лечения при определенных обстоятельствах и ограничения возможности хирургической коррекции.
Мне также объяснили, что в результате операции может произойти значительное изменение внешнего вида лица, которое невозможно предвидеть заранее. Мне объяснили о возможности, что после проведенного лечения потребуется дополнительное хирургическое и/или ортодонтическое лечение и реабилитация.
Перед тем, как выбрать данный метод лечения, были рассмотрены альтернативные методы лечения.
Мне объяснили, что курение, нелеченные заболевания десен и сахарный диабет значительно увеличивают риск развития осложнений и рисков. Мне объяснили о важности бросить курить до и после лечения, вылечить заболевание десен и контролировать сахарный диабет.
Мне также объяснили, что хирургическое лечение в комбинации с приемом медикаментов, используемых для лечения заболеваний костей, таких как остеопороз, метастазы, множественная миелома, и особенно в сочетании со стероидной терапией, курением и диабетом, увеличивают риск развития хронического воспаления до некроза челюстной кости.
Мне рассказали о побочных эффектах от основного лечения, включающих в себя: отечность, возникновение болевого синдрома, подкожное кровоизлияние в области лица и шеи, временное повреждение десен и временное или постоянное ограничение открывания рта.
Мне рассказали о возможных осложнениях от основной операции, включающих в себя: необратимое повреждение десен, боль в суставах челюсти, незначительное нарушение смыкания челюстей, повреждение лицевых нервов, приводящее к временной или постоянной потере сенсорной чувствительности.
Мне объяснили и я понял(-а) существование вероятности того, что в процессе проведения основной операции может возникнуть необходимость в расширении ее объема, изменении тактики или проведении иных или дополнительных процедур, включая дополнительные хирургические вмешательства, которых невозможно заранее спрогнозировать, их значимость была разъяснена мне. Поэтому я даю свое согласие на проведение иных необходимых дополнительных процедур, включая хирургические вмешательства, в которых, по мнению врачей, возникнет необходимость.

Мне объяснили, что основная операция будет проводиться под общей анестезией. Объяснения по анестезии мне предоставит врач-анестезиолог.
Я даю свое согласие на то, что основная операция и все другие процедуры будут выполняться лицом, ответственным за проведение хирургического вмешательства и иных необходимых процедур, согласно регламенту и инструкциям медицинского учреждения. Мне не гарантировали того, что все или часть процедур будут выполнены конкретным медицинским работником, все процедуры выполняются под ответственностью медицинского учреждения в соответствии с положениями действующего законодательства.

Мне объяснили и я понял(-а) важность предоставления точной информации о состоянии здоровья и выполнения любых инструкций, которые я получаю от лечащего врача / медицинского работника, включая контроль за гигиеной полости рта и регулярное проведение осмотров в установленные сроки.
Я даю согласие на выполнение основного лечения.

_____
дата подпись пациента

_____
имя опекуна подпись опекуна
(если пациент является недееспособным, несовершеннолетним или душевнобольным)

Я подтверждаю, что я устно объяснил пациенту / опекуну пациента*/переводчику на доступном ему/ей языке, рассказал все детально и пациент подписал в моем присутствии бланк информированного согласия, после того как он подтвердил, что он понял предоставленные ему пояснения.
Имя переводчика / степень родства с пациентом: _____

_____
имя врача подпись врача № лицензии
04.11.2020