

Бланк информированного согласия на хирургическое лечение / удаление зуба / апексэктомию Surgical procedure / Tooth extraction / Apicectomy

Имя пациента: _____
фамилия имя имя отца удостоверение личности

Я подтверждаю получение подробных устных пояснений от доктора: _____
фамилия имя

о необходимости проведения хирургического лечения / удаления зуба / апексэктомии (резекции верхушки корня зуба) : _____
(далее – «основное лечение»)

вид лечения

Мне предоставили объяснения об ожидаемых результатах, возможных альтернативных методах лечения при определенных обстоятельствах, а также о результатах, которые могут возникнуть в результате отсутствия лечения. 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 и временное ограничение открывания рта.

Мне рассказали о возможных осложнениях от основной операции, включающих в себя: развитие инфекционного процесса, повреждение лицевых нервов, приводящее к временной или постоянной потере сенсорной чувствительности, возможное поражение максиллярных пазух и в редких случаях – перелом кости челюсти.

Мне объяснили, что метод и длительность заживления костной ткани и десен после проведенной операции индивидуальны и заранее не могут быть спрогнозированы.

Кроме того, мне рассказали о том, что некоторые осложнения могут потребовать дальнейшего лечения.

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.

Также я даю свое согласие на проведение лечения под местной анестезией после того, как я получу объяснения о рисках и возможных осложнениях от анестезии, включая нарушение чувствительности губ и/или языка, и/или подбородка, и/или лица, подкожное кровоизлияние, отечность и ограничение открывания рта.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общей анестезией или внутривенным наркозом, объяснения по анестезии мне предоставит врач-анестезиолог.

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