

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства (стоматология хирургическая)

Я, **АФАНАСЬЕВ ВИКОР ТИМОФЕЕВИЧ** (далее - Пациент), **01.01.1950** года рождения, паспорт: серия , номер , выдан г. , зарегистрированный(-ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на определенные виды медицинских вмешательств в рамках оказания медицинских услуг по осуществлению первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Стоматология хирургическая», в том числе включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; 3. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; 4. Рентгенологические методы обследования, рентгенография, ультразвуковые исследования; 5. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно), на которые граждане дают информированное добровольное согласие, при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 № 24082)

для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «Стоматология хирургическая» в АО «МОСИТАЛМЕД»

Медицинским работником (врачом):

ДЕМОНСТРАТОР ИВАН ИВАНОВИЧ

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

с моего согласия, подробно и в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах.

Я проинформирован(а) о необходимости хирургического вмешательства в соответствии с Планом лечения:

_____ (подпись пациента)

Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения (съёмное протезирование и другие). Все положения и термины мне разъяснены врачом и понятны.

Я получил(а) подробные объяснения по плану лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал(а) врача о всех известных мне случаях аллергических реакций в прошлом и в настоящее время, в том числе на лекарственные препараты. Я проинформировал (а) врача о перенесенных заболеваниях и состояниях, противопоказаниях к проведению лечения или использования препаратов, об изменениях состояния здоровья, а также сообщил (а) иные сведения и обстоятельства, которые могут сказаться на качестве медицинских услуг, препятствовать или затруднить оказание медицинских услуг.

_____ (подпись пациента)

Рентгенологическое обследование. Я согласен (-на) с необходимостью рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров (внутриротовые рентгенограммы, панорамная и компьютерная томография).

Анестезия. Местная инъекционная анестезия проводится с целью обезболивания для осуществления медицинских манипуляций, предусматривает одну или несколько инъекций и приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности. Время действия может быть от 15 минут до нескольких. Осложнения обусловлены введением в ткани организма анестетика и реакцией на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок, травма мягких тканей, гематома, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), травма нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, неврит, невралгия, продолжающиеся в течение нескольких дней или дольше). Я проинформирован(а) о том, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я знаю, что в некоторых случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

В случае, если у меня ранее случались аллергические реакции на медикаментозные препараты, я обязуюсь предоставить результат аллергологического теста на препараты для анестезии. Если я умолчал (а) о наличии у меня каких-либо аллергических реакций, я беру на себя полную ответственность в случае осложнений от проведения анестезии. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы врача, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Операция. Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления) 90-95%.

Я осознаю, что стоматология и хирургия не являются точной наукой, и поэтому врачи не могут полностью гарантировать результат.

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, и данная операция имеет определенную степень риска. Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения.

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, коснозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида на усмотрение лечащего врача в момент и после операции.

Я согласен(на), что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать на его усмотрение для получения положительного результата.

Послеоперационный период. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта.

Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по его окончании для того, чтобы свести риски к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не назначенных лечащим врачом препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

Я понимаю, что после операции могут возникнуть болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, явления гайморита, ограничение открывания рта и т.д.

Осложнения. Я понимаю риск возможных осложнений, что возможно неприживление (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления по сравнению с обычным сроком (более 4-6 месяцев), некротические изменения в кости, воспаление десны, гайморит, кровотечение, возможные деформации, онемение или зуд языка, губ, зубов, тканей (парестезия), перелом челюсти, реакции на медикаменты до, во время и после хирургического вмешательства.

Я проинформирован(-а), что факторы риска и возможные осложнения, связанные с медицинским вмешательством, не могут быть полностью предсказуемы даже при совершенном техническом выполнении такого вмешательства, и я принимаю эти условия.

Я понимаю, что врач не может дать мне гарантий относительно достижения желаемых результатов, особенностей и сроков моего восстановительного периода. Мне известно, что по рекомендуемым мне медицинским вмешательствам существует риск недостижения или неполного достижения желаемого эстетического результата, что может потребовать проведения дополнительных процедур.

Я понимаю, что возможные осложнения в связи с индивидуальными особенностями организма и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных лечебных, диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат.

Я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

_____ (подпись пациента)

Я подтверждаю, что осведомлен(-а), и мною добровольно принято следующее условие: в случае любых признаков ухудшения самочувствия, появления каких-либо новых симптомов или признаков осложнения течения периода после вмешательства, я обязан(-а) немедленно обратиться в АО «МОСИТАЛМЕД» к лечащему врачу или к другому врачу АО «МОСИТАЛМЕД» аналогичной специализации. В случае обращения в указанном случае к врачу другого лечебного учреждения, АО «МОСИТАЛМЕД» не несет ответственности за результаты лечения осложненных другим врачом и за наступление связанных с этим последствий для моего здоровья.

_____ (подпись пациента)

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в том числе включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, в том числе о степени риска и пользе медицинского вмешательства, и медицинский работник (врач) дал понятные мне исчерпывающие ответы.

_____ (подпись пациента)

Я подтверждаю, что ознакомлен (а) с Положением о гарантийных обязательствах (гарантийных сроках и сроках службы) АО «МОСИТАЛМЕД» при оказании медицинских услуг по профилю «Стоматология».

_____ (подпись пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина полностью, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина полностью)

ДЕМОНСТРАТОР ИВАН ИВАНОВИЧ

18.08.2023