***Информационное добровольное согласие***

***на хирургическое лечение***

**г. Мурманск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2023\_\_г.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Основ законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 года 323-ФЗ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Фамилия, Имя, Отчество-полностью)

Находясь на лечении в ООО «МЕРИДИАНУМ», проинформирован(а) своим лечащим врачом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

О необходимости хирургического вмешательства и даю согласие на проведение мне (ФИО пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (законным представителем которого я являюсь ) хирургического лечения.

Я осведомлен, что указанное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, которая может проявляться парастезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами. Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента. Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появления болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, возможна перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемения языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Имеющиеся хронические, либо острые патологические процессы (остеомиелит, кисты и др.) могут привести к прободению твердого неба, нижнечелюстного канала, дна полости носа и придаточной пазухи, перелом кости челюсти, флебитам и другим неожиданным последствиям. Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога(ов) иного профиля консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться несколько дней. Вследствие оперативного лечения также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение).

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и недомогания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Я осведомлен(а) о требуемом гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее.

При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведения лечения специалистам соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я согласен(а) на проведение рентгенологического обследования, необходимого для полноценного лечения.

Я полностью осознаю, что во время хирургического вмешательства ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результатаи даю согласие на это. Я удостоверяю, что текст данного информационного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, я имел(а) возможность задать все интересующие мне вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне стоматологического хирургического лечения.

*Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/*

*Беседу провел врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «2023 г.»*