**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Мне, «Клиент.ФИО»

Врачом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представлена вся интересующая меня информация о предлагаемом хирургическом лечении.

Последствиями отказа от данной операции могут быть:

-прогрессирование заболевания;

- развитие инфекционных осложнений;

- появление болевых ощущений;

- обострение системных заболеваний организма.

Я осведомлен(а) о том, что операция, как правило, проводится под местной анестезией.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привезти к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты.

Я информирован(а) также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Мне разъяснено, что осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно- лицевой области.

Мне понятно, что послеоперационный период строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного периода непрогнозируемо и может привезти к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Я осведомлен(а), что вследствие оперативного лечения возможно возникновения онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Я так же проинформирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(а), что удаление зуба-процесс непредсказуемый, сложность определяется индивидуально.

Меня предупредили, что после удаления зуба могут быть припухлости мягких тканей, гематомы, боли, онемение в челюсти, травмы мягких тканей, травмы зубов(переломы, сколы коронки).

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(на) с ним.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них подробные ответы.

Я информирован(а) о том, что при необходимости количество местного анестетика может быть увеличена на 1-3 ампулы. Каждая последующая ампула оплачивается отдельно.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «Клиент.ФИО»

                                                                 подпись                          ФИО полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        подпись                              ФИО врача

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Диагноз | Контрольный осмотр | Подпись пациента | Дата | Диагноз | Контрольный осмотр  | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |