Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

**УДАЛЕНИЕ ЗУБА (ЗУБОВ)**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Ф.И.О. взрослого пациента*

добровольно обращаюсь в **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения « Стоматологическая**

**поликлиника №1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ОГРН** 1032304930668**),**

далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **удаление зуба (зубов). ­­­**

Я получил(а) от врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Операции по удалению зуба (зубов) выполняется в целях устранения, остановки (предотвращения) патологического процесса; предупреждение развития осложнений, в рамках комплексного ортодонтического лечения. Операция удаления зубов является одним из наиболее часто выполняемых оперативных вмешательств, которые по времени ее выполнения может колебаться от нескольких минут до 1 часа и более. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, диагноза и предварительного плана лечения.
2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Операция по удалению зуба (зубов) будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе болезни пульпы зуба», утвержденными Постановлением № 14 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 24 апреля 2018 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе периостит», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе перикоронит», утвержденными Постановлением № 11 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 26 сентября 2017 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Удаление зуба - это хирургическая операция. При этой операции зуб извлекают из лунки альвеолярного отростка челюсти при помощи специальных инструментов. Для этого необходимо отслоить десну, разъединив связочный аппарат, связывающий зуб с альвеолой, и извлечь зуб. Все эти элементы операции выполняются под местным обезболиванием.

**Операция по удалению зуба** (зубов), как правило, выполняется по следующему алгоритму: **1.** Клиническое обследование пациента, сбор анамнеза заболевания и жизни. Я осведомлен(а), что должен(на) правдиво информировать врача об истории заболевания, динамике его развития, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках и их эффективности, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения, о всех имеющихся у меня общих острых хронических заболеваниях, в том числе беременности, наблюдения (нахождения на диспансерном учете) у профильных врачей интернистов, об аллергических реакциях, в том числе на ранее проводимое местное обезболивание при стоматологических и других медицинских вмешательствах или их непереносимости, о перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, травмах), о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении.

Я понимаю, что только правдивые сведения способны уточнить диагноз, выбрать наиболее оптимальный план лечения, включая выбор анестетика и метод его введения, избежать рисков, вплоть до смертельной угрозы, возникновения осложнений при проведении вмешательств и после них. **2.** Перед удалением зуба проводится рентгенологическое исследование, на которое мне может быть предложено отдельное информированное добровольное согласие. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. **3.** Выполняется анестезия. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций, так как удаление даже подвижных зубов может вызвать сильные болевые ощущения, развитие болевого шока и спровоцировать развитие системной патологии. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и анестетика. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к непредвиденным аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что эффективность обезболивания снижена при выраженном стрессе, в области существующего воспаления и моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Препарат для анестезии подбирают с учетом аллергологического анамнеза и наличия сопутствующей патологии. При необходимости – проводят медикаментозную подготовку пациента. В сомнительных случаях врачом может быть рекомендована консультация врача-аллерголога с целью выявления скрытой аллергии к местным анестетикам. Местная анестезия включает - аппликационную, инфильтрационную или проводниковую. **4.** Отделение круговой связки от шейки зуба проводится при помощи гладилки, узкого распатора или скальпеля, а также возможно применение периотомов. **5.** Наложение щипцов на коронку удаляемого зуба. **6.** Продвижение щечек щипцов вдоль оси зуба, их фиксация. **7.** Проведение люксации и/или ротации зуба. **8.** Экстракция (извлечение) зуба. **9.** Кюретаж, ревизия (осмотр) лунки, удаление патологических тканей. **10.** При удалении верхних премоляров и моляров проводится носоротовая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса. **11.** Сглаживание острых краев лунки при необходимости. **12.** Гемостаз (остановка кровотечения). **13.** Формирование кровяного сгустка. **14.** При необходимости – укладка медикаментозных препаратов или остеопластического материала с наложением швов на лунку. При удалении многокорневых зубов с целью разъединения корней применяется бормашина, физиодиспенсер или долото. При разрушении зуба ниже уровня десны и безуспешности применения элеватора, с помощью бормашины, физиодиспенсера или долота создается зазор между корнем зуба и альвеолой, куда помещается рабочая часть элеватора. После удаления зуба лунка заполняется кровяным сгустком. Постепенно в течение двух недель он замещается костеподобной тканью.

Выбор методов медицинского вмешательства, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить операцию по удалению зуба (зубов), я могу отказаться от нее. Последствиями отказа от операции по удалению зуба (зубов) могут быть: прогрессирование заболевания, развитие воспалительных инфекционных осложнений в виде периостита и более серьезных; вовлечения в патологический процесс соседних зубов и тканей; появление болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма и других. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки и объемы лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимостью изменения или коррекции первоначального плана лечения.

1. **Риски, последствия, осложнения.** Я понимаю, что операция по удалению зуба (зубов) является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить.
2. *Врач объяснил мне, и я понял(а) о возможности развития осложнений, которые могут иметь место во время и после операции по удалению зуба (зубов).* Хирургическое лечение (удаление зуба) в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи возможно воспалительное осложнение в этой области, перемещение корней и/или зубов в гайморову пазуху. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно стойкое онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. В области хирургического вмешательства как правило возникает отечность, онемение десны и окружающих мягких тканей; альвеолит (воспаление лунки) - возникает достаточно часто при несоблюдении рекомендаций врача и преждевременном рассасывании кровяного сгустка и инфицирования лунки, остеомиелит - прогрессирующий воспалительный процесс в кости челюсти, который может привести к постепенному некрозу кости; перелом кортикальной пластинки с язычной стороны во время удаления зуба(ов); тризм (ограниченное открывание рта) - в течение нескольких дней и дольше; болевые ощущения; длительные кровотечения и гематомы; повреждение других имеющихся зубов, включая установленные на них пломбы и ортопедические конструкции; крайне редко - переломы кости верхней и/или нижней челюсти; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; редко - вывихи верхней и/или нижней челюстей; профузное кровотечение из лунки при наличии нераспознанной костной гемангиомы; аспирация зуба или корня может привести к обтурации дыхательных путей, что может привести к нарушению внешнего дыхания, вплоть до асфиксии.

Я осознаю, что местная анестезия связана с риском для здоровья. Меня поставили в известность, что современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл, редко вызывают осложнения, однако при наличии опасений и аллергологического анамнеза рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость. Я понимаю, что во время анестезии или после нее могут появляться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть следующие осложнения: 1) Со стороны центральной нервной системы: головная боль, нарушение сознания вплоть до его потери, нарушение дыхания вплоть до его остановки, мышечный тремор, непроизвольное подёргивание мышц, иногда переходящие в судороги; повреждение нерва (вплоть до развития паралича). 2) Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, диарея. Приём пищи возможен только после восстановления чувствительности. 3) Со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение и повышение артериального давления, брадикардия или тахикардия, угнетение сердечно – сосудистой деятельности, что в крайнем проявлении может привести к коллапсу, шоку и остановке сердца, что может угрожать жизни пациента. Сосудосуживающие лекарственные средства усиливают и удлиняют местноанестезирующее действие. 4) Аллергические реакции: отёк или воспаление в месте инъекции и других областях – покраснение кожи, зуд, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая отек верхней и/или нижней губ, щек, отеком голосовых связок с ощущением "комка в горле" и затруднениями глотания, крапивница, затруднение дыхания.) Любые из этих проявлений могут прогрессировать до анафилактического шока. Так же в анестетиках часто содержатся сульфиты, которые могут усилить острые аллергические реакции, такие как бронхоспазм, анафилактическую реакцию у пациентов с бронхиальной астмой и повышенной чувствительности к сульфитам. 5) Местные реакции: отечность или воспаление слизистой оболочки в месте инъекции. Появление зон ишемии в месте введения, вплоть до развития некроза тканей – при случайном внутрисосудистом введении. Травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами. 6) Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами: в специальной литературе не было выявлено отчётливого влияния местных анестетиков в стоматологии на концентрацию внимания и быстроту двигательных реакций. Однако, беспокойство перед приёмом и стресс, связанный с вмешательством, могут оказывать влияние на эффективность деятельности. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций. 7) Беременность и лактация: некоторые анестетики проникают через плацентарный барьер, возможна брадикардия плода. Не имеется достаточного количества клинических наблюдений о применении препарата при беременности и в период лактации. В настоящее время нет сведений по безопасности применения препарата в период беременности в отношении воздействия на развитие плода. Неизвестно выделяется ли анестетик с грудным молоком. Рекомендуется пропустить одно грудное кормление (сцедить и не использовать молоко), заменив его на искусственное. 8) Местные анестетики могут усиливать и снижать эффективность других препаратов. При некоторых заболеваниях (почечная и печёночная недостаточность, сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, беременность и других состояниях) возможен индивидуальный подбор препаратов для анестезии. Поэтому пациент обязан поставить врача в известность, указав в анкете перечень имеющихся у него заболеваний и названия препаратов, которые он в данное время принимает. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

1. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может сохраняться в течении нескольких дней и более. Я осведомлен(а), что замедленная регенерация костного послеоперационного дефекта или ее отсутствие непрогнозируемы и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.
2. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** острая почечная недостаточность; высокие и низкие цифры артериального давления, острый инфекционный гепатит; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз и др.); психические заболевания в период обострения; острое нарушение кровообращения (обморок, коллапс, шок) и декомпенсация сердечно-сосудистой системы; острые инфекции; острая лучевая болезнь; патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях, я проинформирована, что в некоторых случаях для проведения операции удаления зуба может потребоваться обследование у профильного специалиста и получение от него разрешения на проведение оперативного вмешательства. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья: перенесенные ранее заболевания, как острые так и хронические (наличие сахарного диабета, онкологических заболеваний, заболеваниях щитовидной железы, гепатита, Вич, СПИДа, патологии иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); заболеваниях костной системы, снижающих репарацию кости (остеопороз, врожденная остеопатия, остеонекроз, дисплазии); болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз)), в том числе о хирургических операциях, беременности, аллергических реакциях, принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях; сообщил правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении и других состояниях, препятствующие проведению операции удаления зуба. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.
3. **Предполагаемые результаты лечения.** Ожидаемым результатом операции по удалению зуба (зубов) является остановка патологического процесса или завершение этапа ортодонтического лечения; предупреждение развития осложнений.
4. Я поставлен(а) в известность о том, что на операцию по удалению зуба (зубов) гарантийные сроки не устанавливаются. **Исполнитель гарантирует** соблюдение текущих требований действующего СанПиН режима, современных клинических рекомендаций и отраслевых стандартов, использовать исключительно те медицинские препараты, средства, инструменты и оборудование, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации, осуществление операции сертифицированным специалистом врачом-стоматологом-хирургом, наблюдение за пациентом, выполнение перевязок до полного заживления. Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, воспалительный процесс в гайморовой пазухе, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками предоставленных медицинских услуг.
5. Врач объяснил мне, что после операции по удалению зуба (зубов): в течение 3-5 суток **не рекомендуется** заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов **не рекомендуется** пить и принимать пищу; в течение первых 3-5 суток после удаления принимать пищу на стороне удалённого зуба, употребляя при этом только мягкую пищу, нагретую до комнатной температуры; рекомендуется воздержаться от чистки зубов в течение первых суток после удаления зуба; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 3 часа (а лучше в течение 1-2 дней); не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату); для сведения вероятности развития отека к возможному минимуму нужно стараться спать на стороне, противоположной месту удаления. **Категорически запрещается:** греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану с помощью использования посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: **если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования в врачом, так как это может ухудшить мое состояние.**
6. Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также проконсультироваться с врачом-ортопедом с целью дальнейшего восстановления зубного ряда. Я понимаю, что удаление зуба, связанного с ортопедическими конструкциями может привести к утрате возможности их дальнейшего использования или нарушению их функциональных и эстетических свойств.
7. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, внезапного обострения системных хронических заболеваний; высказывать все жалобы.
8. Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.
9. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.
10. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.
11. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

**Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Врач:**

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/